OSMANIA UNIVERSITY

جامعہ عثمانیہ

طب قانونی و سمومیات

جلد اول

سلسلۂ نصابیات علمیہ جامعۂ عثمانیہ

فورینسک میڈیسن اینڈ ٹاکسی کالوجی

یعنی

طب قانونی اور سمومیات

جلد اول

چھٹا ایڈیشن

تصنیف

جے۔ ڈکسن مان۔ ایم۔ ڈی۔ ایف۔ آر۔ سی۔ پی

ترجمہ

ڈاکٹر محمد حسین صاحب ایم۔ بی۔ بی۔ ایس۔ رکن شعبۂ تالیف و ترجمہ جامعۂ عثمانیہ سرکار عالی

۱۳۵۶ھ م ۱۳۴۶ف م ۱۹۳۷ء

دار الطبع جامعۂ عثمانیہ سرکار عالی حیدرآباد دکن

یہ کتاب مسرز چارلس گرفن اینڈ کمپنی لندن کی اجازت سے
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اردو میں
ترجمہ کر کے طبع و شائع کی گئی ہے

فہرست مضامین

حصہ اول طب قانونی

اُردو صفحات

باب

حصّہ دوم

جنون اور دیگر غیر طبعی کیفیات



BLOOD SPECTRA.

1. Oxyhæmoglobin.
2. Hæmoglobin.
3. Mathæmoglobin.
4. Alkaline hæmatin.
5. Hæmochromogen (reduced alkaline hæmatin)
6. Carbon monoxide hæmoglobin.

بسم اللہ الرحمٰن الرحیم

FORENSIC MEDICINE AND TOXICOLOGY

طبِّ قانونی وسمومیات

حصّۂ اوّل

طبِّ قانونی

بابِ اوّل

تمہید۔ کارونر کی عدالت۔ اسائنرز

طب قانونی یا طبی قانون کے موضوع کے بہت سے پہلو ہیں اور اس کے جاننے کے لئے ضروری ہے کہ علم طب، اس کی تمام شاخوں اور متعلقہ علوم سے کم وبیش واقفیت ہو۔ کہا گیا ہے کہ اگر کوئی طبیب جسے اپنے فن کی خاصی معلومات حاصل ہوں، اُسے ایک طبی قانون داں کی سند حاصل کرنے کے لئے صرف معمولی سمجھ ہی کی ضرورت ہے۔ یہ بیان نظاہر صحیح مگر فی الحقیقت مغالطہ پر مبنی ہے۔ مثلاً جراحی

اور قبالت کا علم صرف اس حد تک، جس حد تک کہ یہ ازالۂ تکلیف کے لئے ضروری ہے، ان متعدد پیچیدہ مسائل کے حل کرنے کے لئے جن سے طبّی قانون داں کو دو چار ہونا پڑتا ہے، ذرا بھی کار آمد نہیں۔ اگرچہ مقصد کے لئے مذکورہ بالا شعبہ جات طب ہی کی طرف رجوع کرنا پڑتا ہے۔ سرجن (surgeon) کے علم اور ہنر مندی کا بیشتر حصہ طبی قانون داں کے لئے بے فائدہ ہوتا ہے۔ اور جراحتی (surgical) نوعیت کا وہ علم جو طبّی قانون داں کے لئے اہمیت رکھتا ہے، سرجن کے لئے بالکل بیکار ہوتا ہے۔ ایک زخمی شخص کی مثال لیجئے، سرجن تو اس کے زخم کا معائنہ اس غرض سے کرتا ہے کہ اس کی شفا کے لئے بہترین علاج دریافت کرے۔ اس کے لئے یہ امر بہت کم اہمیت رکھتا ہے کہ آیا زخم خود زدہ (self-inflicted) ہے یا نہیں۔ یا یہ کہ کسی مخصوص آلہ سے پیدا کیا گیا ہے۔ یا کیا اس طرح پیدا نہیں ہو سکتا تھا۔ برخلاف اس کے طبی قانون داں کو اپنی توجہ زیادہ تر انہی امور کی طرف مبذول کرنی پڑتی ہے۔ طبّی قانونی اغراض کے لئے ان مختلف شعبہ جات طب کے علم کے علاوہ جو بیماروں کے اچھا کرنے سے تعلق رکھتے ہیں کسی مزید شئے کی ضرورت باقی رہتی ہے۔ اور معمولی سمجھ اس مزید علم کی بجائے کام نہیں دے سکتی، بلکہ اس کے لئے ایک خاص تربیت کی ضرورت ہے۔ اگر کوئی طبیب طبّی قانون داں کا پیشہ شروع کرے اور وہ طب و جراحی و علوم متعلقہ کی واقفیت کے علاوہ صرف اسی حد تک جس حد تک کہ یہ فن علاج سے واسطہ رکھتے ہیں اور کسی طرح سے تیاری نہ رکھتا ہو، اور نہ ان رشتہ قائم کرنے والی کڑیوں سے آگاہی رکھتا ہو، جن کے ذریعہ یہ علوم طب قانونی کی مداولت کے تابع کئے جاتے ہیں تو وہ ناگزیر طور پر کسی واردات کی ان خصوصیتوں کو نظر انداز کر دے گا، جن کی صحیح تاویل سے مطلوبہ معلومات حاصل ہوتی ہیں۔

اگرچہ طبّ قانونی ایک ایسا موضوع ہے، جس کے لئے ایک مخصوص مطالعہ ضروری ہے تاہم بدقسمتی سے واقعہ یہ ہے کہ اس ملک میں ایسے
مطالعہ کے مواقع محدود ہیں۔ طب قانونی کے اطلاقات اکثر اوقات کارونر 2

کی تفتیشات کے سلسلہ میں ہوتے ہیں۔ عدالت میں جو تحقیقات ہوتی ہے وہ عوام کے لئے کھلی ہوتی ہے۔ لیکن بعد الموت امتحانات کے وقت کسی غیر مجاز شخص کو موجود ہونے کا حق نہیں ہوتا۔ بااین ہمہ اگر کوئی طالب علم طب قانونی کی عملی واقفیت کی تحصیل کا خواہشمند ہو تو اس کو ان تفتیشوں میں حاضر ہونے کے مواقع حاصل کرنے چاہیں۔ وہ امتحان لاش میں حاضری کی اجازت کا حصول اکثر اوقات ممکن پائے گا۔ فرانس اور جرمنی میں عدالتی حکام طبی طالب علموں کو اس مضمون میں تربیت دینے کے لئے خاص سہولتیں مہیا کرتے ہیں۔

طب قانونی کی حدود کے متعلق چند الفاظ کہنے ضروری ہیں۔ طب قانونی کی تعریف یوں کی گئی ہے، "علم طب کا استعمال قانونی اغراض کے لئے" اس تعریف کا تعلق زیادہ تر ایسے معاملات سے ہوتا ہے، مثلاً اُن صورتوں میں جن میں امکاناً جرم کا ارتکاب ہوا ہے۔ تضررات کی تفتیش، بعد الموت امتحانات، سمومیاتی تجزیہ یا جب معاوضہ کے سوالات درپیش ہوں تو زندہ یا مردہ کا امتحان، فسخ نکاح کے متعلق استغاثوں میں یا جنون کے مریضوں میں امتحانات، لیکن اس امر کی سخت ضرورت ہے کہ ہر طبیب ان آئینوں سے بھی جو اس پر تعمیل فن میں بلا واسطہ اثر انداز ہوتے ہوں کچھ نہ کچھ واقفیت رکھتا ہو اور اب اکثر اوقات ان کو بھی طب قانونی کی تدریس میں شامل کر لیا جاتا ہے۔ مثلاً طبیب کو کم از کم جنرل مڈیکل کونسل (general medical council) کی ہیئت ترکیبی اور اس کے اختیارات سے عمومی واقفیت ہونی چاہیئے۔ اور تسجیل کے فعل سے جو فرائض اس پر عائد ہوتے ہیں یا جو حقوق اسے حاصل ہوتے ہیں ان سے بھی آگاہ ہونا چاہیئے۔ اموات کی تصدیق، پیدائیشوں کی اطلاع اور متعدی و صنعتی امراض کی اطلاع کے متعلق جو اس کے فرائض ہیں، ان کا علم رکھنا چاہیئے۔ مریضوں کے علاج میں اپنی ذمہ داری کا اور فنی معاملات میں رازداری قائم رکھنے کے فرض کا بروقت پہچاننا ممکن ہے اسے قانونی عدالتوں میں کسی ناخوشگوار تجربہ سے بچا دے۔ ان تمام موضوعات پر چھبیسویں باب میں پورے طور پر نظر ڈالی گئی ہے۔

بعض سمتوں میں ہائجین یعنی علم صحت عامہ اور علم طب قانونی کے درمیان حد فاصل قائم کرنا آسان نہیں ہے ایسے معاملات مثلاً اشیا خوردنی میں آمیزش، حکومت کے طرف سے زہری امراض کی روک تھام، اختراعی (patent) ادویات کی فروخت پر قیود، اگرچہ ان کا ابتدائی مقصد صحت عامہ کی بہتری ہے لیکن ان سے قانون کے اور انفرادی آزادی کے مسائل وابستہ ہیں لہذا انہیں طبی قانون ان کے دائرہ میں شامل کرنا جائز ہے یہ دونوں شاخیں وہ علم بناتی ہیں جیسے مملکتی طب (state medicine) کہتے ہیں۔ جس کو ان سرگرمیوں کے کل سلسلے پر مشتمل سمجھا جاتا ہے جو حکومت کو طبؔ کے علم اور مداولت سے وابستہ کرتی ہیں۔

چونکہ قانونی طب کے علم کی ضرورت سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ قانونی عدالتوں میں ہی پیش آتی ہے۔ یہ امر سہولت وہ ہوگا کہ اس کا آغاز اس ضابطہ کے مختصر بیان سے کیا جائے، جو ان عدالتوں میں برتا جاتا ہے۔

کارونر (CORONER) کی عدالت

شاہی کارونر یا "کرونر" (crowner) (تاجی) کا عہدہ ملک کے قدیم ترین عہدوں میں سے ہے۔ اس کا اول ترین مستند حوالہ ۱۱۹۴ء کے اس فرمان میں پایا جاتا ہے۔ جو آئر (Eyre) کے ججوں کے نام تھا۔ پہلے وقتوں میں کارونر بادشاہ کا مالیاتی عہدہ دار ہوتا تھا۔ اور اس کے سپرد مجرموں کا معلوم کرنا اور بشرط ضرورت ان سے بجبر اقبال کروانے اور ان کے سامان کو بحق بادشاہ ضبط کرنے کا فرض تھا یگنا کارٹا (magna charta) کے زمانے تک منجانب تاج اسے پلیز (pleas) بھی حاصل تھے، یعنی وہ فوجداری جج کی حیثیت رکھتا تھا۔ دیگر فرائض یہ تھے: دفینوں، (treasure troves) برباد شدہ جہازوں، ساحل افتادہ وہیلوں (whales) اور شاہی سٹرجنوں (sturgeons) پر قبضہ جمانا اور ڈیوڈنڈ (deodand) کی قیمت کا اندازہ لگانا۔ ڈیوڈنڈ سے وہ ذی حیات یا غیر ذی حیات شئے مراد تھی جو موت کا سبب ہونے کی وجہ سے بحق تاج ضبط ہو جاتی تھی۔ مثلاً اگر کسی بیل نے کسی کو ہلاک

کر دیا تو بیل یا اس کی نقد قیمت ضبط ہو جاتی تھی ۔ ماضی قریب میں یعنی سنہ ۱۸۳۸ء میں
کارونر کی جیوری نے دخانی جہاز وکٹوریہ کے جو شدان پر ۱۵۰۰ پونڈ کا ڈیوڈنڈ 3
لگایا تھا ۔ کیونکہ وہ دھماکے سے پھٹ کر نقصان جان کا باعث ہوا تھا ہلاکت
کا سبب دریافت کرنے کا ایک مقصد یہ بھی ہوا کرتا تھا کہ یہ معلوم کیا جائے
کہ ایسی کوئی جائداد تو نہیں ہے جو بحق تاج بازگشت ہو سکے اور یہ اس وقت ہوتا
تھا جب متوفی محروم الحفاظت (out law) یا سنگین مجرم ہوتا جس میں لازماً
خودکش بھی داخل ہوتا تھا ۔

لیکن بجز اس فرض کے جو دفینوں سے متعلق ہے ۔ یہ سب فرائض منسوخ
ہو چکے ہیں ۔ اور سنہ ۱۸۵۷ء کے آئین کارونر کا اقتضا محض اتنا ہے کہ جیوری کو اس
امر کی تصدیق کرنی ہو گی کہ متوفی کب، کہاں اور کس طرح پر اپنی موت کو
پہنچا ۔ مگر مختلف کارونر جو تاویلات ان الفاظ کی کرتے ہیں ان میں بہت ہی
اختلاف ہے ۔ اور یہی وجہ ہے کہ جو اصول اور کارروائیاں مختلف عدالتوں
میں اختیار کی جاتی ہیں ان میں بہت زیادہ وسعت اختلاف ہے ۔ بعض سمجھتے
ہیں کہ ان کا فرض محض اس امر کی دریافت سے شروع اور اسپر ختم ہو جاتا ہے کہ
ارتکاب جرم ہوا ہے یا نہیں ۔ اگر واردات شک وشبہ سے پاک ہو، تو وہ کسی
بھی طبیب کو سند دہی کا اختیار دے سکتے ہیں خواہ کارونر موت کے مرضیاتی
سبب سے بے خبر ہی کیوں نہ ہوں ۔ یا اگر تفتیش عمل میں آتی ہے تو یہ کارونر
محض "موت از اسباب طبعی" کی رائے (verdict) دینے سے مطمئن ہو جاتے ہیں ۔ بعض
کارونر خواہ تشدد کے شبہ کی کوئی وجہ بھی موجود نہ ہو، سائنس یا اعداد وشمار
کی اغراض کے لئے ایسی اموات کی تفتیش کرتے ہیں جن کا مرضیاتی سبب نامعلوم
ہو ۔ بعض کارونروں کا خیال ہے کہ جو اموات معدمات جن کے زیر اثر واقع
ہوتی ہیں ان کی تفتیش ان پر واجب ہے ۔ اور بعض صرف اس صورت میں
واجب سمجھتے ہیں جب غفلت کا الزام لگایا جائے ۔ کوئی کارونر طبی شہادت
طلب کئے بغیر بمشکل کوئی تفتیش عمل میں لاتا ہے ۔ دوسرا کارونر ایسی شہادت کو
کبھی کبھی طلب کرتا ہے ۔ بعد الموت امتحانات کا تناسب ان تفتیشوں کے

لحاظ سے، جو عمل میں لائی گئی ہیں زائداز ۹۰ فی صدی سے لے کر کمتراز ۲۰ فی صدی تک اختلاف پذیر ہے۔ مدیر ہذا نے کسی اور جگہ اس امر پر زور دیا ہے کہ صحیح اعداد حیات و ممات حاصل کرنے کی جو اہمیت ہے اس کے پیش نظر مرضیاتی سبب ہر مقدمہ میں کامل طور پر تحقیق کرنا چاہئیے۔

جن جن حالات کے تحت طبیب کارونر کو موت کی اطلاع دینے پر مجبور ہے ان پر پچیسویں باب میں غور کیا گیا ہے۔ اس وقت ہم کو صرف دستور العمل سے واسطہ ہے۔ یہ بہت سادہ ہے۔ جیوری کو حلف اُٹھانے کے بعد لاش کا معائنہ (view) کرنا ہوتا ہے۔ جو اکثر عدالتوں میں اس طرح کیا جاتا ہے کہ اہل جیوری قطار بن کر ایک ایسے دریچے کے سامنے سے گذرتے ہیں جس کی دوسری جانب متوفی ایسا مکمل طور پر ڈھکا ہوا پڑا ہوتا ہے کہ سوائے چہرہ کے تمام حصہ پوشیدہ رہتا ہے۔ مگر یہ امر حل طلب ہے کہ اس کارروائی کا کیا فائدہ ہے۔ اس امر پر زور دیا جاتا ہے کہ اس سے جیوری کو طبی شہادت کے سمجھنے میں آسانی ہوتی ہے۔ مگر یہ خیال میں لانا مشکل ہے کہ اندرونی اعضا کے دکھائے بغیر ایسا ہونا کس طرح ممکن ہے۔ اس کے برخلاف اس سے بلاشک غلط فہمیاں پیدا ہوتی ہیں۔ مثلاً اہل جیوری میں اس امر کا بہت میلان پایا جاتا ہے کہ وہ بعد الموت تلوین کو تشدد کا اثر سمجھ لیں یا ایک دم یہ نتیجہ اخذ کرلیں کہ لاغری غفلت عمد کی دلیل ہے۔ گواہوں کا حلفیہ اظہار لیا جاتا ہے۔ ان کی شہادت قلمبند کی جاتی ہے۔ اور اگر مزید کارروائی ہونی ہو تو ان کو مالی تعزیر کی بناء پر اس عدالت بالا میں جس میں مقدمہ منتقل ہو۔ حاضری کا مکلف بنایا جاتا ہے۔ طبی شہادت بالعموم سب سے آخیر میں لی جاتی ہے۔ لیکن بعض عدالتوں میں کارونر صاحب طبیب کو ایک نقشہ مہیا کر دیتے ہیں کہ طبیب امتحان بعد الموت کو چکنے کے بعد اُسے پُر کر کے واپس کر دے۔ چنانچہ کارونر کو آغاز تفتیش ہی سے طبی شہادت کے علم کا فائدہ حاصل رہتا ہے۔ اس میں بہت سہولت ہے۔ اور اگر نقشہ کی خانہ پری ٹھیک ٹھیک ہوئی ہو تو اس کا ایک مزید نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ یقینی ہو جاتا ہے کہ طبیب نے اپنے امتحان میں کوئی امر فروگذاشت

نہیں کیا۔ طبیب پر نقشہ کی خانہ پری کرنے کا کوئی آئینی فرض عائد نہیں ہوتا۔ تاہم بالعموم قرین مصلحت یہی ہوتا ہے کہ وہ خانہ پری کرے۔ اگر شہادت نامکمل ہو اور مزید شہادت پیش کئے جانے کی توقع ہو تو کارونر تفتیش کو ملتوی کرسکتا ہے۔ اگر کارونر کی عدالت کسی شخص پر قتل عمد یا قتل انسان کی فرد جرم لگائے تو کارونر ایک حکمنامہ جاری کرتا ہے کہ اگر ملزم شخص پہلے سے زیر حراست نہ ہو تو اس کو حراست میں لے لیا جائے۔ اگر جرم قتل انسان ہے تو کارونر ضمانت منظور کرسکتا ہے۔ چونکہ عدالتی کارروائی کسی خاص شخص کے
خلاف نہیں ہوتی یعنی کوئی خاص شخص زیر سماعت نہیں ہوتا لہذا یہ ضروری نہیں کہ 4
مشتبہ شخص حاضر رہے، ہاں اگر وہ خود چاہے تو اسے حاضر ہونے کی اجازت دے دی جاتی ہے۔

قانون جیوری ۱۹۱۸ء کی رو سے کارونروں کو جیوری کے بغیر بھی تفتیش عمل میں لانے کے اختیارات حاصل ہیں۔ سردست یہ انتظام عارضی ہے مگر ممکن ہے کہ مستقل طور پر باقی رہ جائے۔

طبی گواہ کو یہ امر یاد رکھنا چاہیئے کہ جو مقدمات کہ بعد میں مشہور مقدمات (causes celebres) کے نام سے معروف ہوجاتے ہیں تقریباً تمام کے تمام پہلے پہل کارونر کی عدالت ہی میں شروع ہوتے ہیں اور نیز یہ کہ جو شہادت وہ اس عدالت میں دیتا ہے، یہ ممکن ہے کہ بعد میں ایسی باریک بین عقلیں اس کی چھان بین کریں جو اس کام کے لئے خاص طور پر تربیت یافتہ ہوتی ہیں۔ یہ واقعہ کہ ایسے اکثر مقدمے جو کارونر کی عدالت کے سامنے پیش ہوتے ہیں، وہیں ختم ہوجاتے ہیں، بسا اوقات اس امر کا موجب ہوتا ہے کہ طبی گواہ اس شہادت کے تیار کرنے میں جو وہ دینے والا ہوتا ہے، بے احتیاطی برتتا ہے ایک وقتی رجحان (impulse) پر اعتماد کرتے ہوئے وہ ایسی رائے دے جاتا ہے کہ جس کے دینے پر وہ بعد میں متاسف ہوتا ہے۔ کارونر کی عدالت میں جو بیانات دیے جاتے ہیں ایک شہادت نامہ کی شکل میں سپرد قرطاس ہوجاتے ہیں اور ان پر گواہ اپنے دستخط ثبت کردیتا ہے۔ جب مقدمہ اسائز

(assizes) کے روبرو پیش ہوتا ہے ۔ تو ان شہادت ناموں کی نقلیں جج اور وکیل دونوں کے ہاتھ میں موجود ہوتی ہیں ۔

کارونر کی عدالت میں یہ ضروری نہیں کہ قانون شہادت کا لحاظ رکھا جائے ۔ کارونر کو اختیار ہے کہ وہ جو شہادت چاہے قبول کرے خواہ سماعی ہو یا غیر سماعی ۔ وکلا اور مشیران قانونی کو اجازت ہے کہ وہ موکلوں کے مفاد کی خاطر عدالت میں حاضر رہیں ۔ لیکن وہ کوئی حیثیت (locus standi) نہیں رکھتے ۔ نظری طور پر ان کو صفائی پیش کرنے یا گواہوں پر جرح کرنے کا کوئی استحقاق نہیں ہے ۔ اگر کوئی سوال کرنا چاہیں تو وہ صرف کارونر کے توسط اور اس کی اجازت سے ایسا کر سکتے ہیں ۔ لیکن عملاً اس پہلو میں معتدبہ آزادی روا رکھی جاتی ہے ۔ حتیٰ کہ بعض اوقات ایسے بیانات کی اجازت دے دی جاتی ہے جو جیوری کے سامنے تقریر کرنے سے قریبی مماثلت رکھتے ہیں ۔ کوئلہ کی کانوں کے انضباط کے قانون ۱۸۸۷ء (Coal Mines Regulation Act of 1887) کا یہ مدعا ہے کہ ایسا وکیل گواہوں کا اظہار کرا سکتا ہے جو ان اشخاص کا جن کے مفاد متاثر ہوتے ہوں نمائندہ ہو، لیکن کارونر کے حکم کے تحت ۔

مجسٹریٹ کی عدالت

ایک اور ابتدائی عدالت تحقیقات مجسٹریٹ کی اجلاس خفیفہ کی عدالت ہے ۔ اس عدالت میں کارروائی اس سوال کی تحقیقات کی شکل اختیار کرتی ہے کہ جس شخص پر کسی مجرمانہ فعل یا مجرمانہ نوعیت کی غفلت کا الزام لگایا گیا ہے ۔ وہ واقعی قصوروار ہے یا نہیں ۔ اب چونکہ سوال قصورواری اور بے قصوری کا ہے اس لئے ملزم کی حاضری لازمی ہے ۔ اور اس وجہ سے وکیل گواہوں کا امتحان اور ان پر جرح کر سکتا ہے ۔ اگر گرفتاری عمل میں نہ آئی ہو تو مجسٹریٹی تحقیقات عمل میں نہیں آ سکتی ۔ غیر اہم مثلاً معمولی زدوکوب کے مقدمات کو سرسری طور پر نپٹایا جا سکتا ہے ۔ جن مقدمات

میں قتل عمد یا قتل انسان کا شبہ ہو۔ اُن میں اکثر ایسا ہوتا ہے کہ مجسٹریٹی تحقیقات کارروائی کی تفتیش کے دوران ہی میں یا اس کے فوراً ہی بعد انجام دی جاتی ہے۔ اور جو طبّی گواہ آخر الذکر تحقیقات میں حاضر ہوتے ہیں ان کو مجسٹریٹ کے روبرو مکرر شہادت دینا پڑتی ہے۔ اگر شہادت جرم کے ثبوت میں کافی طور پر قطعی متصور ہو تو قیدی کو ایک عدالت بالا کے سپرد کر دیا جاتا ہے۔ اور گواہوں کو اس میں حاضر ہونے اور شہادت دینے کے لئے پابند کر دیا جاتا ہے۔ اسائنزز (assizes) میں حاضر ہونے کے طلبنامہ (summons) کو سب پینا (subpœna) کہتے ہیں۔ اور جب وہ مناسب اخراجات سواری کے ساتھ جاری کیا جاتا ہے تو فوجداری مقدمہ کے ہر گواہ پر اس کی تعمیل واجب ہو جاتی ہے معمولی اور اکسپرٹ گواہوں کے اضافی فرائض کیا ہیں اس پر بعد میں بحث کی جائے گی۔

اسائنزز

اسائنزز (assizes) وہ عدالتیں ہیں، جن میں فوجداری اور دیوانی دونوں قسم کے مقدمات کی سماعت ہوتی ہے بالعموم دو جج ہوتے ہیں۔ ایک تو عدالت تاج کی صدارت کرتا ہے جہاں فوجداری مقدمات کی سماعت ہوتی ہے اور دوسرا دیوانی عدالت کی، جہاں دو افراد یا دو فریقوں کے درمیان کے مقدمات سنے جاتے ہیں۔ ہمارا سابقہ سر دست اول الذکر سے ہے۔

پیشتر اس کے کہ کوئی مقدمہ ماتحت عدالت سے بغرض سماعت سپرد ہو کر جج اور جیوری خفیفہ کے روبرو پیش ہو جیوری عالیہ اس کی تحقیقات کرتی ہے جیوری عالیہ کا کام اس بات کی تحقیق کرنا ہے کہ جو مقدمات اس کے روبرو پیش ہوتے ہیں، وہ سماعت کے سپرد ہونے کے قابل ہیں یا نہیں جیوری عالیہ (grand jury) کے ارکان اسے اس طرح انجام دیتے ہیں کہ جن گواہوں کی شہادت وہ مناسب سمجھتے ہیں کونسل (counsel) کی مداخلت کے بغیر سنتے ہیں۔ اگر وہ مطمئن ہو جائیں کہ فلاں مقدمہ جج اور جیوری خفیفہ (petty jury) کے روبرو پیش ہونا چاہئے تو وہ اس کو صحیح کارروائی

(true bill) قرار دے دیتے ہیں۔ ورنہ وہ اس کارروائی (bill) کو مسترد کر دیتے ہیں (throw out) یعنی کارروائی کو منسوخ اور ملزم کو رہا کر دیا جاتا ہے۔ طبی گواہوں کو سب پینا (subpœna) کے ماتحت جیوری عالیہ کے سامنے شہادت دینے کے لیے طلب کیا جا سکتا ہے۔

اسائزز کی عدالت تاج (crown court of assizes) ایک جج اور بارہ آدمیوں کی حلف گرفتہ جیوری پر شامل ہے جنہیں جیوری خفیفہ کہا جاتا ہے۔ جیوری خفیفہ کا فریضہ یہ ہے کہ شہادت سنیں اور جب جج واقعات کی تشخیص کرے تو اس کو ملحوظ رکھکر وہ ایک رائے ظاہر کریں۔ کہ آیا قیدی قصوروار پایا گیا ہے یا بے قصور۔ جج جب یہ رائے معلوم کر لیتا ہے تو اگر خطاوار قرار دینے کی رائے ہو وہ جو سزا مناسب سمجھتا ہے، عائد کرتا ہے۔ عدالت اسائزز کے روبرو صرف بیرسٹر ہی پیروی کر سکتے ہیں۔ لیکن مجسٹریٹ کے اجلاس خفیفہ کی عدالت میں بیرسٹر اور سالسٹرز (solicitors) دونوں پیروی کر سکتے ہیں۔

عدالت اسائزز میں گواہوں کی شہادت بطریقہ ذیل پیش کی جاتی ہے۔

پہلے تو امتحان خاص (examination-in-chief) ہوتا ہے جو سوالات کے ایک سلسلہ پر شامل ہے یہ سوالات گواہ پر اس کونسل (counsel) کی جانب سے کئے جاتے ہیں جو کہ جس فریق کی طرف سے گواہ پیش ہوتا ہے اس فریق کی نمائندگی کرتا ہے یا سالسٹر (solicitor) نے جس کی تحویل میں مقدمہ ہوتا ہے۔ مقدمہ کی پوری پوری تفصیل تیار کی ہوتی ہے اور اس بریف (brief) کے بیانات سے پہلے آگاہ ہونے کے باعث کونسل گواہ پر اس طرح سوالات کرتا ہے کہ مقدمہ کے متعلق جو کچھ بھی گواہ جانتا ہو اس کی تفصیل بوضاحت عدالت کے سامنے آجائے۔ بسا اوقات سوالات اس طریق پر کئے جاتے ہیں کہ ان کا جواب صرف نفی یا اثبات میں ہو سکتا ہے۔ جب یہ امتحان خاص ختم ہو جاتا ہے تو اسی گواہ پر مقابل کے فریق کا کونسل جرح کرتا ہے۔ جرح کا مقصد اوّل پیش کردہ شہادت کی قیمت کو جہاں تک کہ وہ جرح کنندہ کے موکل کے لئے مخالفانہ ہے کم کرنا ہے۔ اور مقدمہ کے متعلق ایک دوسرا نقطہ نظر پیش کرنا ہے

شہادت شاذ و نادر ہی یکساں قیمت کی ہوتی ہے۔ اس کی مثال ایک زنجیر کی سی ہے۔ جس کی کچھ کڑیاں مضبوط ہوں اور کچھ کمزور۔ ممتحن خاص کا مدعا مضبوط کڑیوں کو وضاحت کی روشنی میں لانا اور کمزور کو تاریکی میں رکھنا ہے۔ جرح کنندہ اس عمل کو الٹ دیتا ہے۔ یعنی مضبوط کڑیوں کو پس منظر رکھکر کمزور کڑیوں کی ناقابل اعتباری پورے طور پر واضح کرتا ہے۔ اس کی کامیابی کے تناسب سے شہادت کی قوت (force) گھٹ جاتی ہے۔

جرح کے بعد گواہ کی جانب کا کونسل اس کا مکرر امتحان (re-examination) کر سکتا ہے۔ مکرر امتحان کا مقصد شہادت کے اس حصہ کی تصیح کرنا ہے۔ جو جرح سے بگڑ گیا ہے۔ اور مشکوک نقاط کی توضیح کرنا ہے۔ دوران جرح میں جو جوابات گواہ نے دیے تھے ان میں جو غیر مبہم یا غیر قطعی تھے ان کا ایک مشاہد کونسل نے ضرور خیال رکھا ہوگا۔ اور وہ ایسے سوالات کرے گا جس سے گواہ اپنا مطلب پورے طور پر سمجھانے پر قادر ہو۔ امتحان مکرر میں کونسل جج کی اجازت کے بغیر کوئی نیا موضوع نہیں پیش کر سکتا۔ اور اجازت ملنے کی صورت میں اس نئے موضوع پر ضمنی جرح ہو سکتی ہے۔

جج اور ارکان جیوری کو گواہوں پر سوالات کرنے کا اختیار ہوتا ہے۔

دیگر بالائی عدالتوں کی کارروائی بھی اسی انداز سے انجام دی جاتی ہے جو اوپر بیان کیا گیا ہے۔

6

باب ۲

شہادت طبّی: زبانی اور دستاویزی

شہادت دو قسم کی ہو سکتی ہے۔ (۱) شہادت واقعات کے متعلق جو گواہ کے مشاہدہ میں آئے ہوں (۲) شہادت واقعات کی تاویل کے متعلق جو گواہ

کے ایک مخصوص مضمون کا علم رکھنے پر مبنی ہوتی ہے۔ قسم اول کے گواہ معمولی (common) اور قسم دوم کے گواہ ماہر (expert) کہلاتے ہیں۔ بعض اوقات فنی (skilled) گواہ کی اصطلاح ملتی ہے۔ اس کا اطلاق ایسے گواہ تک محدود رکھنا انسب ہے، جو زیر تحقیقات مضمون کا خاص علم رکھتا ہو مثلاً طبیب یا انجنیر خواہ وہ معمولی شہادت دے رہا ہو یا ماہرانہ شہادت۔

معمولی گواہ یعنی واقعات کا گواہ طبیب اس وقت ایک معمولی گواہ کی حیثیت اختیار کرتا ہے، جب وہ کسی زخمی شخص کی حالت کے متعلق شہادت دے جس کا اس نے امتحان کیا ہو۔ ایسی صورت میں اس کا فرض یہ ہے کہ زخموں کی نوعیت۔ مریض کی عمومی حالت اور دیگر حالات بیان کرے جو اس نے امتحان کرتے وقت مشاہدہ کئے ہیں۔ اگر معمولی گواہ کو قانونی طور پر طلب کیا جائے تو وہ شہادت دینے پر مجبور ہوتا ہے۔

ماہر گواہ جب محض ایک ماہر کی حیثیت سے شہادت دیتا ہے، تو اس وقت اس کی حیثیت واقعات کی تاویل کرنے والے کی ہوتی ہے جس کو ان واقعات کا کوئی ذاتی علم نہ ہو۔ عام طور پر طبی گواہ معمولی اور ماہر گواہ دونوں کی حیثیت رکھتا ہے۔ اس صورت میں اس کی ماہرانہ (expert) یا فنی (skilled) رائے ان واقعات پر مبنی ہوتی ہے جن کا اس نے بذات خود مشاہدہ کیا ہو۔ عام گواہ کے فرائض کے متعلق اوپر جو مثال دی گئی ہے، اس کا سلسلہ جاری رکھنا چاہئے۔ زخمی شخص کی اصلی حالت بیان کرنے کے بعد اس سے پوچھا جا سکتا ہے کہ آیا زخم اس نوعیت کا تھا کہ زندگی کے لئے خطرناک ہوتا۔ اس سوال کا جواب دیتے وقت گواہ اب واقعات کے متعلق شہادت نہیں دے رہا بلکہ وہ ایک ماہر کی حیثیت اختیار کر لیتا ہے اور اس طرح معمولی اور ماہر گواہ دونوں کے فرائض بہ یک وقت انجام دیتا ہے۔ قبل اس کے کہ گواہ خالص ماہرانہ شہادت دے، یعنی ایسے واقعات پر مبنی شہادت، جن کا وہ ذاتی علم نہیں رکھتا، یہ ضروری ہے کہ وہ ان واقعات کو جن کے متعلق اس کو اظہار رائے کرنا ہے، عدالت کے سامنے حلفیہ بیان ہوتا سنے۔

ماہر گواہ کے فرائض کا تعین کرنا ایسا آسان نہیں ہے جیسا کہ معمولی گواہ کے
فرائض کا تعین کرنا۔ قیاس یہ ہے کہ اگر کسی ماہر کو ایک خاص مقدمے کے واقعات
کے متعلق ذاتی واقفیت نہیں ہے تو اس کا علم اس کی ملکیت ہے۔ لہٰذا اس کو
اپنی مرضی کے خلاف اپنا علم دوسروں پر ظاہر کرنے پر مجبور نہیں کیا جا سکتا۔ یہ نقطۂ نظر
ایک سے زیادہ ججوں نے اختیار کیا ہے۔ لارڈ کیمبل (Lord Campbell) نے
یہ قرار دیا ہے کہ سائنٹفک گواہ سب پینا (subpœna) کی تعمیل ہونے پر
حاضری پر مجبور نہیں ہے اور جسٹس مال (Justice Maule) نے بھی یہ قرار دیا ہے
کہ ماہر گواہ کو عدالت قانونی میں شہادت پیش کرنے کی کوئی مجبوری نہیں ہے۔
ماہروں کے لئے یہ امر افسوسناک ہے کہ جس اختلاف رائے کے طعنہ سے وہ
ضرب المثل میں خود مطعون کئے جاتے ہیں، وہی اختلاف رائے جوڈیشل بنچ
(judicial bench) میں بھی پایا جاتا ہے۔ دیگر ججوں نے یہ قرار دیا ہے کہ جب
سب پینا (subpœna) کی باضابطہ تعمیل ہوئی ہو تو اس سے دانستہ بے پروائی
کرنا توہین عدالت کے مترادف ہے۔ ان فیصلوں کے ایسا متضاد ہوتے ہوئے
یہ امر دریافت کرنا مشکل ہے کہ اس موضوع پر قانون حقیقت میں کیا ہے۔ اگر کوئی
ماہر مقدمہ کے متعلق ذاتی واقفیت نہ رکھتا ہو تو وہ غالباً اپنے کو توہین عدالت
کی پاداش میں سزائے جرمانہ کا مستوجب بنائے بغیر سب پینا (subpoena) سے
بے پروائی برت سکتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ اس سے اپنے آپ کو ہرجانہ کی نالش
کا مستوجب بنا دے۔ اگرچہ ایسی نالش جہاں تک ایک فیصلہ حاصل کرنے کا تعلق ہے 7
بیکار ثابت ہوگی۔ لیکن مستغیث کو اس کی صفائی پیش کرنے میں بہت تکلیف
اور کچھ مالی نقصان بھی اٹھانا پڑتا ہے۔ نتائج کی بے اعتباری کا لحاظ رکھتے ہوئے
محفوظ ترین راہ یہ ہے۔ کہ احتجاج کے ساتھ سب پینا (subpœna) کی اطاعت
کی جائے۔

اگر گواہ واقعات کے متعلق پہلے سے ذاتی واقفیت رکھتا ہو تو وہ ماہر
کی حیثیت (status) سے کوئی امکانی فائدہ نہیں اٹھا سکتا جب گواہ کی یہ حیثیت
ہو تو اس کے فرائض کیا ہیں اس کے متعلق کوئی شبہ نہیں۔ اسے ایک معمولی گواہ

کی حیثیت سے سب پینا کی اطاعت کرنا پڑتی ہے۔ اگرچہ یہ ممکن ہے کہ وہ شہادت جو وہ دینے والا ہے ماہرانہ نوعیت کی ہو۔

فنی راز۔طبی فن کا یہ ایک موقر اصول ہے کہ جو پوشیدہ امور مریض اپنے طبی مشیر کے سامنے بیان کرتا ہے۔ وہ ناقابل افشاء راز سمجھے جاتے ہیں۔ لیکن قانونی عدالت میں اس ناقابلیت افشاء کو مسترد کر دیا جاتا ہے۔ اگر کسی مریض کے علاج کی اثنا میں کوئی راز طبی گواہ کے علم میں آیا ہو اور اس کے متعلق اسے پوچھا جائے تو جج کے حکم کے ماتحت وہ ان کے بتانے پر مجبور ہے۔ اپنے مطلب کے رازوں کو طشت از بام کرنا اس کے احساسات کے کتنا ہی مخالف کیوں نہ ہو سوائے بتا دینے کے اس کے لئے کوئی چارہ کار نہیں۔ وہ گواہ کے کٹہرہ میں کھڑا ہو کر ایسے سوالات کا جواب دینے سے انکار کر دے کہ جس سے کوئی راز فاش ہوتا جو راز کہ دراصل مریض کی ملکیت ہے کیونکہ یہ طبیب پر کامل اعتماد اور قطعی رازداری کے یقین کے ساتھ ظاہر کیا گیا تھا) جج کا حکم نہ ماننے تو اپنے آپ کو توہین عدالت کی پاداش میں مستوجب سزا بناتا ہے۔ یہ بات بھی خیال میں آسکتی ہے کہ طبیب کو اخفا کا فرض اس قدر محسوس ہو کہ وہ ایسے سوال کا جواب دینے سے جس میں اس کے مریض کی اعتبار شکنی لازم آتی ہو انکار کرنے پر مجبور ہو جائے۔ لیکن بغیر اپنے فرض کا ایسا گہرا احساس ہوئے اسے ایسا اقدام ہرگز نہ کرنا چاہیے ما ایک اچھا شہری قانون کی اطاعت کرتا ہے۔ خواہ ایسا کرنے میں اس کے لئے وجہ تامل ہی کیوں نہ موجود ہو۔ لہذا بغیر دقیق معائنہ ضمیر (searching self-inquiry) کئے گواہ کو یہ نہ کرنا چاہئے کہ وہ حکام کے خلاف مرضی اپنی ذاتی رائے کو ترجیح دے۔ نیز اس یقین پر بھی احساس فرض کا دھوکا نہ کھانا چاہئے جو دراصل ضد کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اکثر صورتوں میں غالباً یہ امر اس کے احساس فرض کے ہم آہنگ ہی ہوگا کہ گواہ سوال کا جواب دینے کے خلاف صدائے احتجاج بلند کرے اور پھر ضروریات قانون کے آگے سر تسلیم خم کر دے۔

گواہ کے کٹہرہ میں فنی رازداری کے سوال کے متعلق جسٹس میکاڈی (Justice

(M'Cardie) نے ایک مقدمہ میں جو اس کے روبرو جنوری ۱۹۲۰ء[1] میں مسموع ہوا۔ ایک دلچسپ فیصلہ دیا ہے۔ اس مقدمہ میں ایک زوجہ جس نے طلاق کے لئے درخواست دی تھی زہروی مرض کی منتقلی کے ظلم کی شکایت کی اور جس طبیب نے اس کا علاج کیا تھا اس بات کے ثبوت کے لئے کہ وہ آتشک میں مبتلا رہ چکی ہے اس طبیب کو طلب کیا۔ درخواست کنندہ کا علاج پبلک دواخانہ امراض زہروی (Public Venereal Diseases Clinic) میں کیا گیا تھا۔ اور قانون حفظان صحت متعلقہ امراض زہروی ۱۹۱۶ء (Public Health Veneral Diseases Regulations, 1916) کی آرٹیکل ۲(۲) میں یہ درج ہے کہ اس آرٹیکل کی متابعت میں منظور شدہ اسکیم (scheme) کے ماتحت اگر کسی شخص کا معالجہ کیا جائے تو اس شخص کے متعلق جو بھی معلومات حاصل ہوں گی اس کو راز تصور کرنا چاہئے۔ طبیب نے اس ریگولیشن کے مدنظر شہادت دینے سے عذر پیش کیا۔ بایں ہمہ جج نے فیصلہ دے دیا کہ شہادت دیا جانا ضروری ہے شہادت دیتے وقت گواہ کو اجازت ہے کہ وہ کسی ایسی یادداشت کو دیکھ کر جو اس نے ان واقعات یا کارروائی کی جس کی وہ تصدیق کر رہا ہو، اثنا میں یا ان کے فوراً بعد تیار کی ہو اپنے حافظہ کو تازہ کرتا رہے۔ لیکن یہ ضروری ہے کہ یہ یادداشت اس نے بذات خود لکھی ہو۔ اور یہ اصل نسخہ ہو۔ یہ ہرگز نہ ہو کہ اصل یادداشت کی ایک نقل بنا کر گواہی کے کٹہرہ میں اس نقل کو استعمال کرے۔ اور اگر وہ ایسا کرتا ہی ہے تو اسے چاہئے کہ وہ اپنے پاس اس کا مسودہ بھی رکھے، تاکہ نقل کا اس کے ساتھ مقابلہ کیا جا سکے۔ یہ ضروری ہے کہ یہ دونوں ایک دوسرے سے حرف بحرف ملتی ہوں۔ اصل یادداشت کو استعمال کرنا زیادہ بہتر ہے۔ کیونکہ اس سے تشریح اور مباحثہ سے چھوٹ جاتا ہے۔ گواہی کے کٹہرہ میں یادداشت استعمال کرتے وقت گواہ کو بس اسی قدر اجازت ہے کہ وہ اعداد، تاریخوں، مقامات اور اشخاص کے ناموں کا حافظہ تازہ کرنے کے لئے یادداشت پر وقتاً فوقتاً ایک نظر ڈال لیا کرے۔ وہ یادداشت کو مسلسل فقروں کی صورت

---

[1] Brit. Med. Journ., Jan. 17th and Jan. 24th, 1920.

میں نہیں پڑھ سکتا ۔قانون کا مدعا یہ ہے کہ جو شہادت گواہ عدالت میں پیش کرے 8
وہ زبانی ہو نہ کہ دستاویزی۔

اثناء مقدمہ میں بالعموم ایسا ہوتا ہے کہ کونسل قانون طب کی کسی نصابی کتاب سے یا کسی دیگر کتاب سے جس کا مضمون زیر بحث سوال سے مناسبت رکھتا ہے، عبارت پڑھتا ہے۔ اگر گواہ کو اس عبارت سے اختلاف ہو تو مناسب ہے کہ اس کتاب پر وہ خود نظر ڈالنے کی اجازت مانگے ممکن ہے کہ سیاق و سباق کے پڑھنے سے اُسے معلوم ہو جائے یہ کہ اختلاف محض ظاہری ہے ۔ بہر حال گواہ کے لئے یہ مناسب ہے کہ وہ ایسے حوالے کے قبول کرنے یا اس سے انکار کرنے سے قبل جس کا مطلب وہ پوری طرح نہ سمجھتا ہو وہ اس عبارت کو بذات خود پڑھ لے ۔نیز اس کو چاہئے کہ تاریخ اشاعت پر بھی نگاہ ڈالے ۔اگر اس کتاب کا مصنف زندہ ہے ۔ تو اس کا حوالہ نہیں دیا جاسکتا۔ یہ اعتراض اس اصول پر مبنی ہے ۔کہ شہادت زبانی دی جانی چاہئے اور گواہی کے کٹہرے میں حلفیہ دی جانی چاہئے ۔تاکہ شہادت دینے والے پر جرح کی جاسکے ۔اگر مصنف مر چکا ہے تو اس صورت چونکہ ایسا کرنا ناممکن ہے اس لیے اس کی تصنیفات قابل قبول ہیں ۔ نیز جب تک اسے اس امر کے لئے کہا نہ جائے ۔اُس کو اپنی رائے کی تائید میں کسی سند کا حوالہ دینے کی ضرورت نہیں ہے کیوں کہ جس رائے کا وہ اظہار کرتا ہے وہ اس کے اپنے تجربہ اور علم کا نتیجہ سمجھی جاتی ہے ۔

طبی اور ماہر (expert) گواہوں کو جس مقدمہ کے متعلق گواہی دینا ہوتی ہے ۔ان کو اس کی سماعت کے دوران میں عدالت میں موجود رہنے کی اجازت ہوتی ہے ۔بسا اوقات ایک ماہر کے لیے واقعات کے گواہوں کی دی ہوئی شہادت سے آگاہ ہونا بالکل ضروری ہوتا ہے ۔کیونکہ جو رائے وہ قائم کرتا ہے، اسی شہادت کی بنا پر قایم کی جاتی ہے ۔ واقعات کے گواہ کو شہادت دیتے ہوئے سننے کی بجائے اگر صرف اتنا ہی کیا جائے کہ دی ہوئی شہادت کی نقل ماہر گواہ کے سامنے پڑھ دی جائے، تو ممکن ہے کہ ماہر گواہ اس کی تاویل کرنے میں غلطی کا ارتکاب کرے ۔نیز اگر کسی واقعہ کی شہادت میں کوئی خاص تفصیل مفقود ہو ۔جس کی وضاحت

کرنا صحیح نتیجہ پر پہنچنے کے لئے ضروری ہو، تو ماہر گواہ کو عدالت میں موجود رہنے کی صورت میں اپنے کونسل سے مشورہ کرنے کا موقع حاصل رہتا ہے اور وہ سوالات پوچھ کر مشکوک نقطہ حل کر سکتا ہے۔

قانونی عدالتوں میں گواہی دینے کے متعلق چند الفاظ کہنا ناتجربہ کار طبّی گواہوں کو مدد دے گا، اور اہم ترین نکتوں میں سے ایک نکتہ جو یاد رکھنے کے قابل ہے یہ ہے کہ گو طبّی گواہ کا واسطہ بہت حد تک فنی معاملات سے ہوتا ہے، تاہم وہ ایسے سامعین سے مخاطب ہوتا ہے، جنہیں فنی اصطلاحات سے نابلد سمجھنا چاہئے۔ اور جج اور وکیل بھی اگرچہ وہ اعلیٰ درجہ کے تعلیم یافتہ اور فہیم اشخاص ہوتے ہیں، لیکن وہ ان فنی اصطلاحات میں جن کے ذریعہ طبیب و فزیس لوگ تشریحی اور امراضیاتی تفاصیل بیان کرنے کے عادی ہیں بہت بڑی حد تک دسترس نہیں رکھتے۔ اگر کوئی طبی گواہ صرف وکیلوں کو کسی قانونی نکتہ پر بحث کرتے ہوئے ہی سن لے تو وہ اس دقت کو جو اصطلاحی الفاظ اور محاورات کے استعمال سے کسی دیگر فن کے اراکین کو پیش آتی ہے سمجھ سکے گا۔ پھر اگر الفاظ میں ادا کی ہوئی شہادت کو سمجھنا ایک جج یا وکیل کے لئے بھی دشوار ہے تو جیوری کے ارکان جو تعلیم اور فہم کے لحاظ سے معمولی درجہ کے شخص ہوتے ہیں، کیونکر سمجھ سکیں گے۔ تضرر کا ایسا بیان جس کا طبی مجلس کے سامنے دیا جانا بالکل موزوں ہو، ممکن ہے کہ اس کا گواہی کے کٹہرہ میں پیش کرنا اتنا ہی غیر موزوں ہو۔ اصطلاحات سے احتراز کے لئے بہت تشریح کی ضرورت ہے کیونکہ یہی مجمل ترین الفاظ ہوتے ہیں جن میں مقرر اپنے خیالات ادا کر سکتا ہے۔ ظاہر ہے کہ بہ نسبت یہ کہنے کے کہ "وہ جھلی جو آنتوں کو ڈھانکتی ہے" "باریطون" کہنا زیادہ آسان ہے اور جیوری کے کٹہرے میں بیٹھنے والوں کے لئے اوّل الذکر جملہ کا کچھ مطلب ہے اور موخر الذکر کا کچھ مطلب نہیں بخلاف اس کے اس امر کی سخت احتیاط کرنا چاہئے کہ سادہ زبان کے استعمال سے کہیں غلط فہمی نہ پیدا ہو۔ ایک حقیقی مقدمہ جس میں فیصلہ کا انحصار اس امر پر موقوف تھا کہ آیا آنت کا سوراخ لات کی ٹھوکر سے پیدا ہوا ہے یا التہاب زائدہ دودیہ (appendicitis)

سے۔ طبی گواہ نے "آنت کا استر بنانے والی غشاء" کا ذکر کیا، جس سے کونسل نے یہ سمجھا کہ گواہ کی مراد غشاء مخاطی سے ہے اور غلطی دریافت ہونے تک الجھن رہی۔ اگر ابہام کا خفیف ترین بھی امکان ہو تو بہترین طریقہ یہ ہے کہ پہلے فنی اصطلاح استعمال کر کے بعد میں اسکی تشریح کر دی جائے۔ مثلاً "باریطون یعنی وہ جھلی جو آنت کی بیرونی سطح کا استر ہوتی ہے"۔

اصطلاحات کے احتراز سے دوسرے درجے پر جس شئے کی اہمیت ہے، وہ اسماء تفضیل و مبالغہ سے اجتناب ہے۔ تمام کی تمام شہادت ٹھیک ٹھیک دینا چاہئے اور تماشائی اثر پیدا کرنے کی کوشش نہ کرنا چاہئے۔ مطمح نظر ایسا انداز بیان ہونا چاہئے جو "حقیقت حال" کا اظہار کرے، ہر شئے اور ہر کیفیت کا بیان سادہ ترین الفاظ میں ہونا چاہئے، بشرطیکہ صراحت کا لحاظ رہے جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔ اکثر سوالات کے جواب کی ضرورت محض اثبات یا نفی میں ہوتی ہے۔ اگر اس طرح کے سوالات کا ایک طویل سلسلہ پوچھا جائے تو اکثر اوقات گواہ میں ایک دو متوالی سوالات کی پیش بینی کر لینے کا میلان پایا جاتا ہے، جو اس کے خیال میں آنے والے سوالات ہوتے ہیں۔ لیکن اس پر اس کو وکیل سخت ملامت کا نشانہ بناتا ہے کیونکہ وہ پیشتر ہی سے اپنے سوالات کو ترتیب دیے ہوئے ہوتا ہے اور ان سوالات کو ترتیب وار اپنے مخصوص پیرایہ میں کرنا چاہتا ہے۔

جب گواہ کو کسی سوال کے جواب کے متعلق شک ہو تو مشکل سے بچاؤ کی خاطر مبہم سا جواب دینے کی نسبت اس کے لئے یہ زیادہ بہتر ہے کہ صاف صاف اپنی عدم واقفیت کا اظہار کر دے اور اگر وکیل کسی سوال کے جواب میں ہاں یا نہ کہلوانے پر اصرار کرے اور گواہ کو یہ محسوس ہوتا ہو کہ اس سوال کا جواب اسی انداز پر دینا مصلحتاً ناممکن ہے تو اُسے اپنا جواب مشروط کرنے کی اجازت مانگنا چاہئے۔ لیکن اسے ایسی التجا کرنے سے ہمیشہ پرہیز کرنا چاہئے، سوائے اس صورت کے کہ اُسے اپنی حلف کی جو اس نے بالکل سچ کہنے کے متعلق اٹھائی ہے، ذمہ داری کی خلاف ورزی ہو جانے کا اندیشہ پیدا ہو جائے۔ گواہ کسی ایسے سوال کا جواب دینے کے لئے مجبور نہیں ہے

جو اس کو پھنسا دے۔

تمام جوابات اتنی کافی قابل شنید آواز میں بولنے چاہیں کہ جج اور جیوری کے کانوں تک پہنچ سکیں اور اس قدر آہستہ آہستہ بولنے چاہئیں کہ اول الذکر ان کو قلمبند کر سکے۔ گواہ کو ایسا کم گوئی کا یا گستاخانہ رویہ نہ اختیار کرنا چاہئیے کہ گویا وہ احتجاج کے ساتھ گواہی دے رہا ہے۔ واقعات کے متعلق سوالات کا فی الفور جواب دینا چاہئیے۔ لیکن جو سوالات تاویل سے متعلق ہوں ان میں احتیاط کی ضرورت ہے۔ ایسے سوال کے جواب میں جو بظاہر بے پروائی سے کیا جائے لیکن اس کے اندر نصف جواب پہلے ہی مفروض ہو ہاں کہنے میں بہت جلد بازی نہ کرنی چاہئیے اور اگر کسی سوال کے جواب میں کسی قدر امتیاز کی ضرورت ہے تو اس پر احتیاط سے جواب دینا اتنا ہی قرین مصلحت ہے جتنا کہ گواہ کے مشاہدہ کردہ واقعہ کے متعلق سوال پر کھلا اور صاف صاف جواب دینا۔

دستاویزی شہادت

دستاویزی شہادت میں بیان وقت الموت اور طبی قانونی روئداد شامل ہیں۔

بیان وقت الموت ایسے شخص کی دی ہوئی شہادت کا رکاڈ ہے جو ایک یا زیادہ اشخاص کے ہاتھوں تضرر پہنچنے یا زہر کھانے کے باعث قریب الموت ہو یا باور کرے کہ میں قریب الموت ہوں۔ بیان وقت الموت کے جائز ہونے (validity) کے لئے یہ لازمی شرط ہے کہ بیان دہندہ کو یقین واثق ہو جائے کہ میں قریب الموت ہوں اور نیز یہ بھی ضروری ہے کہ اس یقین کا تحریری بیان میں صاف صاف ذکر ہو چونکہ بیان دہندہ خود تحریر کرنے سے عاجز ہوتا ہے، اس کا بیان کسی دوسرے شخص کو لینا پڑتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ یہ فرض طبیب پر آپڑے۔ اگر مریض کی حالت نازک ہونے کے باوجود تھوڑی سی مہلت حاصل ہو جائے تو پولیس کو اطلاع دینا چاہئیے اُن کا

فرض ہے کہ مجسٹریٹ کی موجودگی کا اہتمام کرے تاکہ وہ بیان کو قلمبند کرے۔ اس صورت میں طبیب کو بس اتنا ہی کرنا ہوتا ہے کہ بشرط ضرورت بیان دہندہ کی بیان دینے کی دماغی قابلیت کے متعلق فیصلہ دے۔ اگر مرنے والے کی حالت ایسی ہو کہ مجسٹریٹ کی موجودگی حاصل کرنے کے لئے کوئی وقت نہ ہو تو طبیب کو یہ بیان بذات خود قلمبند کرنا چاہیئے، اور ایسا کرتے وقت ذیل کے قواعد ملحوظ رکھنے چاہئیں:- اگر ممکن ہو تو بطور گواہ کے ایک یا زیادہ فہمیدہ اشخاص کی موجودگی حاصل کی جائے۔ یہ امر لازمی تو نہیں ہے لیکن اگر اہم معاملات تصفیہ طلب ہوں تو یہ نامناسب ہے کہ کوئی بھی احتیاط جو امکانی طور پر کیجا سکتی ہے فروگذاشت کی جائے۔ اس کے بعد طبیب کو اپنا اطمینان کرنا چاہیئے کہ آیا اظہار کنندہ اپنے قریب الموت ہونے کا یقین رکھتا ہے اور بیان وقت الموت کو بھی اسی مطلب کی عبارت کے ساتھ شروع کرنا چاہیئے۔ لیکن یہ بیان غیر مشروط ہونا چاہیئے۔ ایک موقعہ پر صرف دو لفظوں کا اضافہ بیان وقت الموت کو ناجائز کر دینے کے لئے کافی ثابت ہوا:- "ابھی تک مجھ کو صحت کی کوئی امید نہیں"۔ چونکہ پہلے دو الفاظ سے قرب موت کا تیقن زائل ہو گیا اس لئے سماعت متقدمہ پر یہ بیان مسترد کر دیا گیا۔ عین الفاظ جو مرنے والے نے بولے ہوں درج ہونے چاہیں اور سوائے ایسے سوالات کے جو ارتفاع ابہام کے لئے کرنے ضروری ہوں اور سوالات بالکل نہ پوچھنے چاہئیں؛ اور یہ بیان صرف اس واقعہ کے اظہار تک محدود رکھنا چاہیئے جو تضرر پہنچنے کے وقت بیان دہندہ کو پیش آیا ہو کیونکہ اس کے اپنے افعال غیر متعلق ہیں۔ جب بیان مکمل ہو جائے تو اسے بیان دہندہ کے روبرو پڑھ دینا چاہیئے اور ممکن ہو تو اس کو اس پر اپنے دستخط ثبت کرنے چاہئیں۔ بہرحال جو گواہ حاضر ہیں ان کو اور خود بیان کے تحریر کنندہ کو تو دستخط کرنے چاہئیں۔

بعض صورتوں میں موت اس قدر جلد واقع ہوتی ہے کہ طبیب کے لئے بھی یہ ناممکن ہو جاتا ہے کہ وہ مرنے والے کے الفاظ مرنے سے قبل قلمبند کر لے۔ ایسی صورتوں میں طبیب کا فرض یہ ہے کہ مریض جو کچھ خود

بجو دبولے اس کی طرف خیال رکھے اور اولیں فرصت ملتے ہی صحیح الفاظ قلمبند کر کے ان پر اپنے دستخط ثبت کر دے۔ اگر الفاظ کی ادائیگی کے وقت دیگر افراد بھی موجود ہوں تو یہ بیان ان کو سنا کر ان کے دستخط بھی حاصل کرنے چاہیں۔

جو اشخاص مجرمانہ طور پر زخمی کئے گئے ہوں اور ان کی موت کا خطرہ ہو تو ان اشخاص کا علاج کرنیوالے طبیب پر معتد بہ ذمہ داری عائد ہوتی ہے اسے چاہئے کہ پولیس کو اطلاع پہنچانے میں ذرا بھی وقت ضائع نہ کرے، کیونکہ موت کے غیر متوقع طور پر جلد واقع ہو جانے کے علاوہ یہ بھی ممکن ہے کہ مریض پر ہذیان یا بیہوشی طاری ہو جائے۔

اگر بیان دہندہ شخص صحتیاب ہو جائے، تو اس دستاویز کا قانونی نفاذ عمل ختم ہو جاتا ہے۔ قانون صرف حلفیہ شہادت کی اجازت دیتا ہے لیکن قریب الموت شخص کی صورت ایک استثنائی صورت تصور کی جاتی ہے۔ یہ باور کیا جاتا ہے کہ اگر کسی شخص کو اپنے قریب الموت ہونے کا یقین ہو جائے تو اس کو سچ سچ کہنے کے فرض کا ایسا ہی احساس ہو گا گویا وہ گواہی کے کٹہرہ میں موجود ہے اور حلف اٹھا چکا ہے۔ اگر بیان وقت الموت دینے کے بعد بیان دہندہ صحتیاب ہو جائے تو قانونی اعتبار سے وہ اپنی معمولی حیثیت پر لوٹ آتا ہے اور اس کو اپنی شہادت عدالت کے سامنے معمولی طریق پر دینا پڑے گی۔ دیوانی مقدمات میں بیان وقت الموت ناقابل ادخال ہے۔

طبی قانونی روئدادیں فوجداری مقدمات میں انگلستان کی نسبت سکاٹلینڈ میں زیادہ استعمال ہوتی ہیں۔ طبی روئداد دو حصوں میں منقسم ہو سکتی ہے (۱) وہ جو کہ مریض کے امتحان کا نتیجہ ہے۔ بالفاظ دیگر وہ واقعات جن کا مشاہدہ کیا گیا ہو (۲) وہ نتائج جو ان واقعات پر غور کرنے سے مستنبط کئے جائیں۔

ایک باقاعدہ روئداد میں یہ سخت ضروری ہے کہ اس تقسیم کی سختی سے پابندی کی جائے۔ استنباطی حصہ شروع کرنے سے قبل تمام واقعات درج ہو جانے چاہئیں۔ کلی عدم صحت کو چھوڑ کر کوئی امر طبی رپورٹ کو اتنا بگاڑنے والا نہیں جتنا کہ واقعات اور نتائج کو گڈمڈ کر دینا۔ سب سے پہلے واقعات بیان ہونے چاہئیں

اور بعدہٗ جو نتائج ان سے اخذ کئے گئے ہوں وہ۔ جن حکام کے لئے طبی روئداد تیار کی جاتی ہے شائد وہ مقدمہ کے متعلق کچھ بھی نہ جانتے ہوں اور ان کے لئے ضروری ہے کہ وہ تمام واقعات سے باخبر ہوں پیشتر اس کے کہ ان سے مستنبط کئے ہوئے نتائج کی اہمیت کا اندازہ کر سکیں۔

زندہ شخص میں جن واقعات کے مشاہدہ کی ضرورت ہے وہ ان واقعات تک محدود ہیں جو طبی مشاہدہ کے دائرہ میں آتے ہیں۔ ایک عمدہ روئداد میں تمام امور شامل ہوتے ہیں جو ضروری ہیں۔ اس کے علاوہ وہ خارجی معاملات سے پاک ہوتی ہے۔ روئداد میں ہرگز ایسا امر داخل نہیں کرنا چاہیئے جو رپورٹر (reporter) کے ذاتی مشاہدہ میں نہ آیا ہو۔ اور بالواسطہ اور سماعی شہادت رپورٹ میں بھی
ویسی ہی بے محل ہے جتنی کہ گواہی کے کٹہرہ میں۔ قرأت کی غلطی سے بچنے کے لئے 11
تمام تاریخیں پوری پوری لکھنی چاہیں اور تمام تفصیلات جو مقدمہ سے کچھ بھی امکانی براہ راست تعلق رکھتی ہوں درج کر دینی چاہئیں۔ کیونکہ اس بات کی پیش بینی کرنا ناممکن ہے کہ بعد میں کون کون سے سوالات پیدا ہو جائیں گے۔ اگر رپورٹ کسی لاش کے متعلق ہے تو لاش اور اس کے ماحول کے متعلق جو جو امور ہیں وہ سب باحتیاط لکھ دینے چاہئیں۔ اور جب امتحان لاش (autopsy) کی تکمیل ہو جائے اور تمام قابلِ دریافت امور معلوم ہو جائیں تو اس وقت رپورٹ کا استنباطی حصہ شروع کرنا چاہیئے۔

اگر روئداد زندہ شخص سے متعلق ہو تو نہایت غور سے واقعات کا مطالعہ کرنا چاہیے کہ یہ نتیجہ نکال سکیں کہ تضرر کس طریق سے پہنچایا گیا ہے اور متضررہ اعضا کی اصلی حالت کے ساتھ مجروح کے بیانات کہاں تک مطابقت کرتے ہیں، اور اگر یہ روئداد لاش سے متعلق ہو، تو پھر یہ سوالات پیش نظر ہونے چاہئیں: موت کس سبب سے واقع ہوئی؟ کیا ضربات لگنے کے فوراً بعد واقع ہوئی؟ اگر نہیں تو کتنا وقفہ گزر چکا تھا؟ کیا ضربات اس نوعیت کی تھیں کہ لگنے کے بعد متوفی کو حرکت کے ناقابل بنا دیں؟ مزید براں وہ دیگر مشاہدات بھی کرنے چاہیں جن کی طرف اس وقت توجہ مبذول کرائی جائے گی، جب طبی و قانونی اغراض کی خاطر

امتحان بعد الموت انجام دینے کے طریقے کا ذکر ہو گا۔
زبانی شہادت کے متعلق جو مشورہ دیا جا چکا ہے وہ دستاویزی شہادت پر بھی مساوی طور پر اطلاق پذیر ہے جن الفاظ میں روئداد مرتب کی جائے وہ اصطلاحات اور مبالغہ آمیز کلام سے پاک ہونے چاہیں۔ روئداد حد سے زیادہ طویل نہ ہونی چاہیے۔ زبانی شہادت دیتے وقت توجج اور وکیل اس امر کا خیال رکھتے ہیں کہ کہیں اس پہلو میں غلطی کا ارتکاب ہرگز نہ ہو۔ لیکن روئداد لکھتے وقت گواہ کو غیر محدود آزادی ہوتی ہے۔ اور وہ بعض اوقات لفاظی کی طرف مایل ہو جاتا ہے۔ یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ روئداد کو منزل مقصود کو بھیج دینے سے تحریر کنندہ کا کام ختم نہیں ہو جاتا۔ اس کی نقلیں وکیل کے ہاتھوں میں دے دی جاتی ہیں، جو ہر مبہم جملے کی توضیح پر اصرار کرتا ہے۔ روئداد جتنی طویل ہو گی۔ اتنا ہی مبہم جملوں کے موجود ہونے کا احتمال ہے، کیونکہ یہ استنباطی حصہ ہی ہوتا ہے جس میں لفاظی نمایاں ہوتی ہے۔

باب ۳

قانونی طرزِ کارروائی سکاٹلینڈ میں

سکاٹلینڈ کی قانونی کارروائیوں میں اور انگلستان کی قانونی کارروائیوں میں چند اختلاف پائے جاتے ہیں۔
تاج سرکاری پیروکاروں (public prosecutors) کا تقرر کرتا ہے جو بالائی اور ماتحت دونوں قسم کی عدالتوں میں فوجداری مقدمات کی پیروی کرتے ہیں۔ لارڈ ایڈووکیٹ (lord advocate) اور ڈپٹی ایڈووکیٹ (deputy advocate) کی تحویل میں وہ مقدمات دیے جاتے ہیں جو ہائی کورٹ آف جسٹشیری (High Court of Justiciary) کے سامنے پیش ہوتے ہیں پراکیوریٹر فسکل

(procurator fiscal) ماتحت عدالتوں میں پیروی کرتا ہے۔

فوجداری استغاثہ میں ابتدائی قدم پراکیوریٹر فسکل اٹھاتا ہے جو پولیس
یا غیر سرکاری افراد کی خبر رسانی پر ایسی تحقیقات عمل میں لاتا ہے جس سے
اس کا اطمینان ہو جائے کہ قانونی کارروائی کی ضرورت ہے یا نہیں۔ اگر
کسی شخص پر مقدمہ کے متعلق ذرا سی بھی واقفیت رکھنے کا گمان ہو سکتا ہو
تو شیرف (sheriff) کے روبرو اس سے خفیہ دریافت کی جاتی ہے۔ یعنی
قانونی اصطلاح میں اس سے استفسار پیشیں (precognised) کیا جاتا ہے۔
تا وقتیکہ گواہ پر دروغ گوئی کا شبہ نہ ہو، یہ امتحان با حلف نہیں لیا جاتا۔
حاصل کردہ شہادت قلمبند کی جاتی ہے اور استفسار پیشیں (precognition)
کہلاتی ہے۔ ملزم اور جج دونوں کے وکلا کو گواہوں کے استفسار اول کا حق حاصل ہے
شیرف یا جج ابتدائی امتحان سے پہلے ہی، حاصل کردہ شہادت کی نوعیت 12
کا لحاظ کرتے ہوئے ملزم کو یا تو رہا کر دیتا ہے یا سپرد سماعت کر دیتا ہے۔
اگر وہ سپرد سماعت کیا جائے تو استفسار اول (precognition) کراؤن کونسل
(crown counsel) کے ہاں اڈنبرگ (Edinburg) ارسال کر دیا جاتا ہے۔
جن کو اختیار حاصل ہے کہ خواہ وہ کارروائی وہیں بند کر دیں خواہ ملزم کو ہائیکورٹ
(high court) کے یا سرکٹ کورٹ آف جسٹشیری (circuit court of
justiciary) میں سے کسی ایک کے روبرو یا شیرف یا جیوری یا بلا جیوری کے
روبرو بھیج دیں۔ کورٹ آف جسٹشیری (court of justiciary) انگلستان
کے کورٹ آف اسائز (court of assize) کے مماثل ہے۔ اگر مقدمہ
سپرد سماعت ہو جائے تو جن گواہوں کا استفسار اول ہوا ہے ان کو
یا ان میں سے جن کو کراؤن کونسل (crown counsel) منتخب کرے،
ان کو طلب نامہ کے ذریعہ بطور گواہ طلب کیا جا سکتا ہے۔ تا وقتیکہ
کافی وجوہ نہ پیش کئے جائیں اس طلبنامہ سے بے پروائی کی سزا ۵ پونڈ جرمانہ
مع قید ہے جس سے مجرم اسی وقت رہائی پاتا ہے جب عدالت کے روبرو
اظہار افسوس کرے اور شہادت دینے کے لئے حاضری کی ضمانت داخل کرے۔

عام گواہوں کو شہادت دینے کے موقعہ کے سوا عدالت میں ٹھیرنے کی اجازت نہیں ہے اور یہ کلیہ ان طبی گواہوں پر بھی چسپاں ہوتا ہے جو واقعات کے گواہ کی حیثیت سے بھی پیش ہوتے ہیں۔ عام طور پر ماہر گواہوں کو مخالف وکیل کی رضامندی سے عدالت میں ٹھیرنے کی اجازت دے دی جاتی ہے۔ جب ماہر گواہ شہادت دے رہا ہو تو دوسرے ماہر گواہوں کو کمرہ عدالت سے باہر نکل جانا پڑتا ہے۔ اور اگر کوئی ماہر گواہ معمولی گواہی کے شہادت دینے کے دوران میں عدالت میں موجود رہ چکا ہو تو اس کا واقعات کے گواہ کی حیثیت سے امتحان نہیں ہو سکتا۔

"قصوروار" اور "بے قصور" کے فیصلے جو انگلینڈ کی جیوری صادر کرتی ہے اسکاٹلینڈ کا قانون ان کے علاوہ ایک تیسرے فیصلہ پر بھی شامل ہے۔ "غیر ثابت" (not proven) — "بے قصور" اور یہ دونوں فیصلے قطعی ہیں۔ اس جرم کی بنا پر ملزم پر دوبارہ مقدمہ چلایا نہیں جا سکتا۔ انگلستان کی جیوری کے لئے متفق الرائے ہونا لازمی ہے لیکن سکاٹلینڈ میں ذرا سے غلبہ آرا سے بھی فیصلہ ہو سکتا ہے۔

پراکیوریٹر فسکل (procurator fiscal) وہی فرائض انجام دیتا ہے جن کی ذمہ داری انگلستان میں کارونر پر عائد ہوتی ہے لیکن یہ کام پراکیوریٹر فسکل بغیر جیوری کے انجام دیتا ہے جب کوئی لاش برآمد ہو یا مشتبہ موت کی کوئی واردات پیش آئے تو پروکیوریٹر فسکل کو یہ اختیار ہے کہ وہ خبر ملنے پر طبیب کو اس بات کا حکم دے کہ وہ امتحان کر کے واقعہ کے متعلق روئداد ارسال کرے۔ لیکن رپورٹ کنندہ کو اپنے "روح اور ضمیر" کی قسم سے اس کی تصدیق کرنا ہو گی۔ اگر طبی ممتحن بیرونی امتحان ہی سے مطمئن ہو جائے تو وہ اندرونی امتحان کئے بغیر پراکیوریٹر فسکل کے لئے تصدیق کر سکتا ہے اور اگر مکمل امتحان درکار ہو تو پراکیوریٹر فسکل اس طبیب کو جو لاش کو پہلے دیکھ چکا ہے ایک حکمنامہ دے دیتا ہے اور عموماً کسی دیگر طبیب کو اس کا مددگار بنا دیتا ہے۔ حکمنامہ پر جج یا شیرف کے دستخط ثبت ہوتے ہیں اور اس حکمنامہ سے حکمنامہ لینے والوں کو لاش اپنی تحویل میں لینے اور جس امتحان کا قانون متقاضی ہے۔ وہ امتحان کرنے کا اختیار حاصل ہو جاتا ہے۔ مزید براں

امتحان کنندگان کو یہ بھی اختیار حاصل ہو جاتا ہے کہ اس کمرہ سے جہاں امتحان ہو رہا ہے نامناسب اشخاص کو باہر رکھیں۔ اگر متوفی کے قرابت دار اس حکم نامہ کے باوجود امتحان کرانے سے انکار کریں تو جن حکام نے حکمنامہ دیا ہے وہ اطلاع ملنے پر اس مزاحمت کو دور کرنے کی تدابیر اختیار کرتے ہیں۔ امتحان کو یقینی طور پر مکمل بنانے کی غرض سے سکاٹلینڈ کا کروان آفس (crown office) طبی ممتحنوں کے نام ایک ہدایات کا نقشہ نافذ کرتا ہے، جس میں امتحان لاش (necropsy) انجام دینے کے لئے مبسوط ہدایات درج ہوتی ہیں۔

کوئی طبیب اگر استفسار اول (precognise) ہونے کی خاطر باضابطہ طلب کیا جائے تو انکار نہیں کر سکتا خواہ کسی خاص مقدمہ کے متعلق کچھ آگاہی رکھتا ہو یا نہ رکھتا ہو۔ انکار کا جواب مزید حکمنامہ ہوتا ہے اور بصورت توہین قید۔

باب ۴ 13

لاش کا امتحان

طبی قانونی اغراض کے لئے بعد الموت امتحان۔ طبی قانونی امتحان لاش انجام دیتے وقت معمولی امراضیاتی تحقیقات کی ضروریات کے علاوہ کئی اور بھی اہم امور ہیں جن کے مشاہدہ کی ضرورت ہے۔

بیرونی معائنہ۔ یہ امتحان دن کی روشنی میں کرنا چاہئے۔ کیونکہ مصنوعی روشنی میں تغیرات رنگ اکثر نظر نہیں آتے۔ اگر لاش کا اسی مقام پر معائنہ کیا جائے جہاں وہ سب سے پہلے دریافت ہوئی ہو تو ذیل کے امور کی طرف توجہ مبذول کرنا چاہئے۔ لاش ٹھیک ٹھیک کس وضع میں پڑی ہوئی ہے۔ چہرے کا رنگ اور بشرہ (expression) کیا ہے۔ ہاتھوں کی وضع کیا ہے مٹھیاں بندھی ہوئی ہیں یا نہیں۔ اگر بندھی ہوئی ہوں تو یہ معائنہ کرنا چاہیے کہ کوئی شئے ان میں پکڑی ہوئی تو نہیں۔

ناک یا منہ سے کوئی بد بو آتی ہو تو اس کی طرف خیال کرنا چاہیئے۔ انگلیوں کا معائنہ کرنا چاہیئے کہ ان میں کوئی چیر یا زخم تو نہیں۔ لباس کی حالت کیا ہے جو اگر بے ترتیب ہو تو یہ دھینگا مشتی کی دلیل ہے۔ غلیظ یا خون آلودہ تو نہیں جس جگہ پر لاش پڑی ہوئی ہے اس کی طرف اور اس کے گرد وپیش کی زمین کی طرف توجہ مبذول کرنا چاہیئے۔ کہ اس پر کش مکش ہونے کا نشان یا کوئی ایسی شئے تو نہیں ہے جو گر گئی ہو مثلاً کپڑوں کے پرزے وغیرہ جو کچھ دریافت کیا جائے اُسے فوراً قلمبند کر لینا چاہیئے حرارت جسمی، رکود (hypostases) جمود الموتی، تعفنی تغیرات کی موجودگی یا عدم موجودگی مشاہدہ کرنا چاہیئے۔ جب لاش کا موقعہ واردات پر اچھی طرح امتحان ہو جائے۔ تو پھر اس لاش کو کسی ایسے مقام پر پہنچا دینا چاہیئے جو مزید امتحان کے لئے سہولت دہ ہو۔

اب کپڑے اتار دیے جاتے ہیں، اور اگر ان میں کوئی چیر یا تضرر آیا ہو تو اُس کی با احتیاط جسم کی اس سطح کے ساتھ جو اس چیر یا تضرر کے نیچے واقع ہو تطبیق کرنا چاہیے۔ ان نشانات کو جو کوفتگیوں سے مشابہ ہوں اسفنج سے صاف کر کے اس امر کا اطمینان کر لینا چاہیئے کہ یہ گرد وغبار کسی دیگر خارجی دھبے کا نتیجہ تو نہیں ہیں۔ شناخت کرنے کی علامت کے لئے سطحی نشانات تلاش کرنے چاہئیں، یعنی وحمات، مسّے، ٹیٹو (tatoo) کے نشانات، ندبات، بیرونی غیر طبعی حالتیں، انگلیوں یا جوارح کا فقدان، قدرتی دانتوں کی عدم موجودگی یا مصنوعی دانتوں کی موجودگی۔ بالوں کا رنگ، قد وقامت، وزن، صنف، سن، حالت تغذیہ، مجلسی مرتبہ اور پیشہ کے نشانات۔ عورتوں اور لڑکیوں میں یہ امور دریافت کرنے چاہئیں۔ پردۂ بکارت کی موجودگی یا عدم موجودگی۔ اعضائے تناسل میں حالیہ جبر وزیادتی کی امارات، علاوہ ازیں یہ کہ جسم کے قدرتی روزنوں میں کوئی شئے غریبہ تو موجود نہیں۔

اگر زخم ہوں تو ان کا احتیاط کے ساتھ معائنہ کرنا چاہیئے کہ ان کی لمبائی اور گہرائی کیا ہے۔ کون کون سی ساخت کٹی ہوئی یا متضرر ہے۔ کیا یہ ممکن ہے کہ وہ خود زدہ ہوں اور یہ کہ وہ کس قسم کے اوزار سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ گردن کا

معائنہ بھی کرنا چاہیئے کہ آیا اس پر گلا گھوٹنے کے نشانات ہیں۔ اگر بندوق کی
گولی کا زخم ہے، تو گرد و پیش کی جلد میں ٹیٹو یا تسوید کی تلاش کرنا چاہیئے۔ ہاتھ کی
تسوید کی تلاش کریں۔

اندرونی امتحان میں جسم کے تمام اعضاء اور کھفوں کا امتحان شامل
ہونا چاہیئے۔ اگر ایسا نہ کیا جائے تو صفائی کا وکیل کسی ایسے اہم عضو میں مرض
کی موجودگی فرض کر سکتا ہے جس کا امتحان نہ کیا گیا ہو۔ یا کسی مشکوک نکتہ کے
تصفیہ کے لئے جو امتحان اول میں طے ہو جانا چاہیئے تھا دوسری مرتبہ امتحان کی
ضرورت پڑ جاتی ہے۔ ایک وسطانی شگاف ٹھوڑی سے لیکر ارتفاق عانہ
(symphysis pubis) تک دینا چاہیئے۔ لیکن ناف کو اور اگر جسم پر زخم ہوں
توان زخموں کو بچا کر شگاف دینا چاہیئے، اور جو شگاف چاندی میں دیا جاتا ہے وہ ایک کان 14
سے دوسرے کان تک قمہ کے اوپر سے لے جانا چاہیئے۔ پھر جلد کو آگے کی طرف اور پیچھے کی طرف منعکس
کیا جاتا ہے اور جمجمہ کو آری سے چیرا جاتا ہے۔ لیکن ہتھوڑے اور چھینی
(chisel) کے استعمال سے اجتناب کرنا چاہیئے۔ اس سے خطرہ ہے کہ جمجمہ میں
کسر نہ پیدا ہو جائے یا کوئی سابق الوجود کسر اور نہ پھیل جائے۔ اگر کاٹنے والے
یا آتشیں ہتھیاروں سے پیدا شدہ کوئی چھیدنے والے زخم ہوں تو ان کی
سمت دریافت کرنا چاہیئے۔ اور اگر یہ خود زدہ نہ ہوں تو متوفی اور حملہ آور
کے اضافی مقام کے متعلق رائے قائم کرنا چاہیئے۔ جب ہڈیاں، غضروف
(cartilage)، درون فقری اجسام متضرر شدہ ہوں تو مناسب ہے کہ ان کو
نکال کر بطور شہادت محفوظ رکھ لیا جائے۔ اعضاء میں شدید یا مزمن امراضیاتی
تغیرات کی نہایت غور سے تلاش کرنا چاہیئے۔ بالخصوص اشتباہ زہر خورانی کی
وارداتوں میں یا جب موت کی توجیہہ کرنے والا کوئی نمایاں ضربی ضرر نہ موجود ہو۔
مہبل اور رحم کا معائنہ تازہ وضع حمل کی امارات یا میکانکی تضررات یا مہبل
کے راستہ سے کاوی یا خراش آور اشیا کے ادخال سے پیدا شدہ تضررات
دریافت کرنے کے لئے کرنا چاہیئے۔ اگر یہ شک کرنے کی وجہ موجود ہو کہ حبل الشوکی
کو تضرر پہنچا ہے یا کسی طور پر موت کو اس سے تعلق ہے تو فقری (vertebral)

فنال کھولکر حبل الشوکی کی کیفیت دریافت کرنا چاہئے۔

موت کس وقت واقع ہوئی۔ ممکن ہے اس سوال کی بڑی اہمیت ہو۔ لہٰذا معدہ کی حالت کا مشاہدہ غذا کے لحاظ سے کرنا چاہئے۔ مثلاً ایک عورت نے رات کے ۱۰ بجے سیر ہو کر کھانا کھایا اور دوسرے روز اس کی لاش پائی گئی جس کا گلا کٹا ہوا تھا۔ ایک شخص کو جس کے متعلق یہ معلوم تھا کہ یہ متوفیہ کے مردہ پائے جانے سے پہلے کی شب کو متوفیہ سے ملا تھا۔ شبہ پر گرفتار کر لیا گیا اس نے ملاقات کا تو اقرار کر لیا لیکن یہ بھی ثابت کر دیا کہ وہ ۱۱ بجے رات سے پہلے ہی مکان سے جا چکا تھا۔ امتحان لاش (autopsy) پر معدہ خالی پایا گیا۔ اور قے ہونے کی کوئی علامت نہ تھی اس سے ظاہر ہوتا تھا کہ کھانا کھانے کے بعد کم از کم دو تین گھنٹے گذر چکے ہوں گے قبل اس کے کہ موت واقع ہوئی۔ یہ واقعہ اور وہ وقت جس پر وہ مکان سے گیا تھا اس کے موافق ایک زبردست شہادت تھی۔ مثانہ کی حالت سے بھی کچھ سراغ مل سکتا ہے۔ اگر متذکرہ صدر ایسی واردات میں مثانہ پیشاب سے بھرا ہوتا تو اس سے یہ نتیجہ نکل سکتا تھا کہ متوفی بستر پر جانے کے بعد کچھ دیر زندہ رہا ہوگا۔

بالغ جسم کے بڑے بڑے اعضاء کے اوسط اوزان

دماغ	مرد کا	۴۶ تا ۵۳ اونس
〃	عورت کا	۴۰ تا ۴۷ 〃
پھیپھڑا	مرد کا (دایاں)	۲۴ 〃
〃	〃 (بایاں)	۲۱ 〃
〃	عورت کا (دایاں)	۱۷ 〃
〃	〃 (بایاں)	۱۵ 〃
قلب	مرد کا	۱۰½ 〃
〃	عورت کا	۹½ 〃

معدہ		۴½	اونس
جگر	مرد کا	۴۸ تا ۵۸	؍؍
؍؍	عورت کا	۴۰ تا ۵۰	؍؍
لبلبہ		۲½ تا ۳½	؍؍
طحال		۵ تا ۷	؍؍
گردے (ہر ایک)		۴½	؍؍
فوق الکلیہ (suprarenals) (ہر ایک)		ا تا ۲	ڈرام
رحم		۷ تا ۱۲	ڈرام

مشتبہ زہر خورانی کے واقعات:- چند بڑی بڑی استوانیاں کانچ کی جو کوری ہوں تو قابل ترجیح ہیں لیکن بہر صورت خوب صاف شدہ ہوں، بہم پہنچانی چاہئیں۔ اگر ان میں کانچ کے ڈاٹ لگے ہوئے ہوں تو یہ اور بھی بہتر ہے۔ لیکن اگر نہ ہوں تو مثانہ (bladder) یا گٹا پرچا (gutta-percha) کی بافت لے لینی چاہئے اور ان کو رسی کے ذریعہ استوانیوں کے منہ پر کس کر باندھ دینا چاہئے۔ اور اگر ایک بڑی سی طشتری ہو تو یہ سہولت دہ ہوگا [عکاسوں (photographers) کی چینی کی مربع طشتری سب سے اچھی ہوگی] کہ معدہ کو کھولتے وقت اس میں رکھ لیا جاتا ہے۔

جسم کو کھولنے سے قبل منہ اور ہونٹوں کا معائنہ کرنا چاہئے کہ ان پر
کاویات سے پیدا شدہ تضررات تو نہیں ہیں اور یہ بھی تحقیق کرنا چاہئے کہ
منہ سے کوئی انوکھی بدبو تو نہیں آتی۔ شکم کی دیواروں میں اولیں شگاف دینے
کے بعد ایک مرتبہ پھر کوشش کریں کہ کوئی مخصوص بو تو تمیز نہیں ہو سکتی۔ اور
جو لوگ پاس کھڑے ہوں ان سے بھی اس امر کی تصدیقی شہادت حاصل کرنا چاہئے۔
اور معدہ اور امعاء کو کھولتے وقت بھی یہی طریقۂ کار اختیار کرنا چاہئے۔ جب
کہفۂ شکم کھل جائے تو باریطون کے یا احشاء میں سے کسی ایک حشو کے اور
15 بالخصوص معدہ کے باریطونی رخ پر التہاب کی امارات تلاش کرنی چاہئیں۔ پھر
ایک بند مری (œsophagus) کے زیریں سرے پر اور ایک دوہرا بند اثنا عشری

کے آغاز پر لگا یا دینا چاہئیے ۔ مری کو اس بند کے اوپر کر کے اور اثنا عشری کو اس کے دونوں بندوں کے درمیان سے کاٹ کو معدہ کو نکال لینا چاہئیے ۔ پھر معدہ کو متذکرہ صدر طشتری میں رکھکر اس کو خم صغیر (lesser curvature) کے ساتھ ساتھ کھولنا چاہئیے لیکن یہ خیال رکھنا چاہئیے کہ اس کے مشمولات بالکل ضائع نہ ہوں ۔ ان مشمولات کو کسی استوانی میں انڈھیل دینا چاہئیے اور معدہ کے اندرونی استر کا فی الفور معائنہ کرنا چاہئیے ۔ پھر یہ دیکھنا چاہئیے کہ جب معدہ کو پہلے پہل کھولا جاتا ہے تو اس کا رنگ کیا ہے ۔ ایک عدسہ کے ذریعہ قلموں کی پتوں، بیریوں (berries) اور نباتات کے دیگر حصص کے ریزوں کی لون (مثلاً نیل) کے ریزوں کی جو بعض زہروں میں ملے ہوتے ہیں مثلاً سنکھیا میں اس وقت جب کہ یہ تھوڑی مقداروں میں فروخت کیا جائے اور سٹرکنیا (strychnia) میں اس وقت جب کہ یہ کرم کش کی شکل میں ہو، جستجو کرنی چاہئیے ۔ جو بھی مشتبہ چیز ملے، اسے احتیاط سے جمع کر کے خوردبین کے نیچے رکھکر معائنہ کرنا چاہئیے ۔ یہی سلوک بڑی اور چھوٹی آنتوں کے ساتھ کیا جاتا ہے اور ان کو الگ الگ بند لگا کر نکال لیا جاتا ہے ۔ کاوی اور خراش آور زہروں کی صورت میں مری کو بھی نکال لینا چاہئیے اور اس کو کھولکر اس کا اندرونی منظر دیکھنا چاہئیے ۔ اور منہ سے لیکر خطہ ہضمی کے ساتھ ساتھ نیچے جہاں تک بھی دیکھا جا سکے زہر کے اثرات کا سراغ لگانا چاہئیے ۔ زیرین آنت میں ٹھوس براز کی موجودگی یا عدم موجودگی درج کرنا چاہئیے ۔

یہ دیکھنا چاہئیے کہ خون کا رنگ کیا ہے، سیالیت کے لحاظ سے اس کی کیا حالت ہے اور ٹھوس اعضا کا عمومی طور پر کیا رنگ ہے جگر، گردوں، اور قلب میں شحمی انحطاط کے نشانات، اشراب (injection) کے نشانات بالخصوص گردوں میں اور تبنیلات (ecchymoses) کے نشانات تلاش کرنا چاہئیں ۔ معدہ اور آنتوں کے مشمولات کے علاوہ جگر اور گردے، اور طحال، اور جس قدر بھی خون جمع ہو سکے وہ اور مثانہ اور مرارہ کے مشمولات، ان سب کو الگ الگ نکال لیا جاتا ہے ۔ اور موزوں برتنوں میں تجزیہ کے لئے الگ الگ رکھدیا جاتا ہے ۔ مناسب ہے کہ دماغ کو اور جمجمہ کے اندر جو سیال ہے اس کو نکال کر متذکرہ صدر

طریق پر محفوظ کر چھوڑیں، بالخصوص طیران پذیر زہروں کی صورت میں، پارہ اور سنکھیا کے مزمن تسممات کی وارداتوں میں بعض کھوکھلی ہڈیاں بھی بھیجنے کی ضرورت ہے، جیسے فقرات کے اجسام یا جمجمہ کا کوئی حصہ۔ متذکرہ صدر احشاء سالم بھیجنا چاہئیں نہ کہ ان کے چھوٹے چھوٹے ٹکڑے۔ یہ اس لئے ضروری ہے۔ کہ اگر دو مستقل تجزیات کا حکم ہو تو ان کے لئے اشیا مہیا ہو جائیں۔ تمام برتن اس طرح بند کرنے چاہئیں کہ حتی الامکان ہوابند (air tight) ہوں۔ پھر ان کے منہ کو کاغذ سے ڈھانپ کر اور اس کاغذ کو کس کر باندھ دینا چاہئے۔ اور اسی کی گرہ پر خوب لاکھ لگا کر اس پر امتحان کنندہ طبیب کو اپنی ذاتی مہر کا نشان لگا دینا چاہئے۔ استوانیوں اور بوتلوں پر پرچے (chits) چسپاں کرنے چاہئیں اور سب پرچوں پر استوانی یا بوتل کے مشمولات کی تفصیل اور جس فرد سے وہ ماخوذ ہوں اس کا نام اور امتحان لاش (necropsy) کی تاریخ صاف صاف تحریر کر دینا چاہئے۔ پھر ان بوتلوں اور ان کے مشمولات کی دو فہرستیں مرتب کرنی چاہئیں۔ ایک فہرست اپنے پاس رکھ لینی چاہئے اور دوسری کو بوتلوں کے ہمراہ ماہر تجزیہ کے پاس بھیج دینا چاہئے یا ان حکام کے پاس بھیج دینا چاہئے جو اس اثناء میں اس کے ذمہ دار ہوتے ہیں۔ یہ استوانیاں جس قدر بھی ممکن ہوں قلیل ترین ہاتھوں میں سے گذرنی چاہئیں اور جب بھی ممکن ہو امتحان بعد الموت کرنے والے طبیب کو چاہئے کہ وہ ماہر تجزیہ کے ہاں انھیں خود پہنچا دے۔ انھیں کسی سرد مقام پر رکھنا چاہئے۔ لیکن ان کے مشمولات میں کوئی صائن نہیں ملانا چاہئے

بعض اوقات ایسا ہوتا ہے کہ نہایت محتاط بعد الموت امتحان (postmortem) کرنے پر بھی کوئی ایسے مرضی تغیرات خالی آنکھ کو نظر نہیں آتے جو موت کی توجیہہ کرنے کے لئے کافی ہوں۔ اس کی مثال نظام عصبی کے امراض، جیسے صرع، بعض جراثیمی امراض، اور نیز الکلائیڈ کا تسمم ہے۔ ان حالات میں طبیب کو محتاط رہنا چاہئے کہ کہیں قدرتی مناظر میں مبالغہ کر کے ان کو امراضیاتی مناظر تصور کر لے اور ان مثالوں میں سریریاتی (clinical) سرگذشت (history) موت کا سبب دریافت کرنے کے لئے بے حد مفید ہوتی ہے۔

بعض حالات میں یہ قرین مصلحت ہوتا ہے کہ وہ طبیب ملکر امتحان

بعد الموت کریں مشکوک اور غیر واضح علامات کی صورت میں ایک شریک کا مشورہ اور امداد فائدہ مند ثابت ہوتی ہے اور تقسیم کار سے یعنی ایک طبیب شگاف دیتا ہو اور دوسرا نتائج درج کرتا جاتا ہو تحقیقات زیادہ مکمل ہوتی ہے اور زیادہ آسانی سے انجام دی جا سکتی ہے۔ ہر دریافت کو ساتھ ہی ساتھ صحت کے ساتھ درج کر دینا چاہیے، اور اس صورت میں جب کہ یہ امتحان ایک ہی طبیب انجام دے رہا ہو، ہر دریافت کو اس کی تکمیل کے بعد فوراً ہی درج کر دینا چاہیے۔ اگر یادداشت شریک کار نے لکھی ہو تو عملیہ کن کو چاہیے کہ وہ اسے وہیں کھڑے کھڑے پڑھ لے اور پھر دونوں طبیبوں کو اس پر دستخط کر دینے چاہئیں۔ اگر جرم کے ساتھ طبیب کا بھی کچھ تعلق ہو تو اسے ہرگز حاضر ہونے کی اجازت نہیں دینی چاہیے۔ ہاں وہ کسی دوسرے طبیب کو امتحان لاش (necropsy) پر اپنی نمائندگی کرنے کے لئے مقرر کر سکتا ہے۔ لیکن اس نمائندہ کو کارروائی میں عملی حصہ لینے کی اجازت نہ ہوگی اور ان تمام وارداتوں میں جہاں قانونی تحقیقات ہونے کا امکان ہو، تحویل دار (incharge) طبیب کو چاہیے کہ جب تک اس کو کارونر کی طرف سے امتحان کرنے کا حکم موصول نہ ہو۔ وہ امتحان کرنے سے باز رہے۔ کیونکہ جب تحقیقات عمل میں آنے والی ہو، تو قانوناً جب تک کہ کارونر لاش کی تدفین کا حکم نافذ نہ کر دے، یہ لاش کارونر کے قبضہ میں ہوتی ہے بدیں وجہ بغیر اس کی اجازت کے اس میں مداخلت نہیں کی جا سکتی۔ باقی واقعات میں ۱۸۳۲ء کا تشریحی آئین (Anatomy Act) یہ قرار دیتا ہے کہ تعمیل کنندگان وصیت یا کوئی دیگر فریق جو لاش پر قانوناً قابض ہو، تشریحی امتحان کئے جانے کی اجازت دے سکتے ہیں۔

نبش (exhumation)۔ مزعومہ مقتول کی لاش دفن ہو چکنے کے بعد اگر فریب کاری کا اشتباہ پیدا ہو جائے تو کارونر اور حکام محکمہ داخلہ (home authorities) حکم دے سکتے ہیں کہ قبر کھود کر لاش برآمد کی جائے اور اس کا طبی معائنہ کیا جائے۔ جس طبیب کو امتحان کرنے کے لیے مقرر کیا گیا ہو اس کا یہ فرض ہے کہ نبش کے موقعہ پر وہاں حاضر رہے اور پیش از وقت خیال رکھے۔

کہ مکمل تحقیقات کے لئے کافی سامان طیار رہے ۔ بوقت نبش متوفی کے کسی دوست یا عزیز کو بھی حاضر رہنا چاہیئے تاکہ وہ لاش کی شناخت کرلے ۔ اگر تدفین حال میں ہوئی ہو تو معمولی بعد الموت امتحان (post-mortem) انجام دیا جاسکتا ہے ، لیکن اگر لاش مدت سے زیر زمین ہو تو تحلیل کم و بیش ترقی یافتہ ہوگی اور معمولی بعد الموتی مناظر برباد ہوگئے ہوں گے ۔ ان مثالوں میں ہڈیوں سے بالخصوص جمجمہ کے اور عورتوں میں رحم کے تفرات سے (جو باقی نرم اعضا کی نسبت زیادہ دیر تک بوسیدگی کی مدافعت کرتے ہیں) بیش قدر شہادت حاصل ہوتی ہے ۔ اس سے زیادہ کثرت کے ساتھ نبش مشکوک زہر خورانی کی وارداتوں میں انجام دیا جاتا ہے ۔ ان میں معدہ اور امعا کو نکال لیا جاتا ہے اور اگر یہ تازہ ہوں تو ان پر اسی طرح بند لگا دیے جاتے ہیں جس طرح کہ معمولی امتحان کی ہدایات میں بیان کیا جاچکا ہے ۔ اور ان کو صاف کانچ کے برتنوں میں رکھکر مضبوط کردیا جاتا ہے ۔ جگر ، طحال ، گردے سب نکال لینے چاہئیں ۔ اگر کسی فلزی زہر کی موجودگی کا شبہ ہو جیسے پارہ یا سنکھیا کا تو کچھ ہڈیاں بھی لے لینی چاہئیں ، مثلاً فقرات کے اجسام ۔ اگر تدفین دیرینہ ہو حتیٰ کہ تابوت بھی بوسیدہ ہوگیا ہو تو فلزی زہر خورانی کے واقعات میں مناسب ہے کہ اردگرد کی مٹی میں سے کچھ مٹی کیمیائی امتحان کی غرض سے لے لی جائے ، عفونت خواہ کتنی ہی ترقی یافتہ کیوں نہ ہو ، امتحان کرتے وقت کسی معاتن یا دافع السرائت کا استعمال ہرگز نہ کرنا چاہیئے اور نہ اسے علیحدہ کردہ حصوں ہی میں ملانا چاہیئے ۔ یہ بھی دیکھنا چاہیئے کہ تدفین لاش کے بعد جو عرصہ گزر چکا ہے اس کا لحاظ کرتے ہوئے عفونتی تغیرات کس درجہ کے ہیں ۔

17

باب ۵

عمر طبی قانونی نقطۂ نگاہ سے

ذی حیات میں عمر کا سوال طبی قانون دان کے سامنے مسئولیت جرم ، ازدواج ، کثرت اولاد ، قابلیت حیات ، زنا بالجبر و شناخت شخصی کے سلسلہ میں آتا ہے اور

مُردوں میں بچہ کشی و مجرمانہ اسقاط حمل اور شناخت لاش کے تعلق ہیں۔
، سال سے کم کے بچہ کو قانون، ارتکاب جرم کے ناقابل قرار دیتا ہے۔ اس وجہ سے وہ سزا سے مستثنیٰ ہوتا ہے۔ اس عمر سے اوپر اور ۱۴ سال سے کم کے بچہ کو بھی ہنوز غیر ذمہ دار ہی سمجھا جاتا ہے تاوقتیکہ اس درجہ کی ذہانت کا ثبوت حاصل نہ ہو کہ وہ اس فعل کی مجرمانہ نوعیت کو جو اس سے سرزد ہوا ہے سمجھتا ہے۔ ۱۴ سال سے کم عمر کے لڑکے کو قانون زنا بالجبر کے ارتکاب کے ناقابل سمجھتا ہے اور اس لئے اسے اس جرم کے ارتکاب یا اقدام کا قصور وار قرار نہیں دیا جا سکتا۔ ۱۴ سال یا اس سے زیادہ عمر کے لڑکے کو اپنے افعال کا ذمہ دار گردانا جاتا ہے لیکن اسے بلوغ کے پورے حقوق اس وقت تک حاصل نہیں ہوتے جب تک کہ وہ ۲۱ سال کی عمر کا نہ ہو جائے علاوہ ازیں جب تک وہ بلوغ کو نہ پہنچ جائے وہ ایک جائز وصیت نہیں کر سکتا (1 Vict. c. 26) - چونکہ عمر کا اندازہ کرنے میں یوم پیدائش کو بھی شمار کر لیا جاتا ہے لہذا ایک جائز وصیت نامہ اکیسویں سالگرہ سے ایک روز پیشتر بھی لکھا جا سکتا ہے، کیونکہ قانون ایک پورے دن سے کم کے عرصہ کو تسلیم ہی نہیں کرتا۔ ایک آدمی پر جیوری کی خدمت کے فرائض اسوقت تک عائد نہیں ہوتے جب تک کہ وہ سن بلوغ کو پہنچ نہ جائے۔ قانونی عدالتوں میں شہادت دیتے وقت عمر کی کوئی پرواہ نہیں کی جاتی لیکن شرط یہ ہے کہ جب جج کسی بچہ سے یہ پوچھے کہ آیا تم سچ سچ کہنے کی ضرورت کو سمجھنے کی قابلیت رکھتے ہو تو وہ بچہ کافی درجہ کی ذہانت کا اظہار کرے۔ اس ملک میں قابل ازدواج عمر مردوں کیلئے ۱۴ اور عورتوں کے لئے ۱۲ سال ہے۔

ذی حیات میں ان کے سن بلوغ کو پہنچ چکنے کے بعد عمر کا اندازہ کرنے کے لئے کوئی قابل اعتبار معیار نہیں ہے۔ البتہ بچپن میں ۱۳ ویں یا ۱۴ ویں سال تک دانتوں سے شہادت ملتی ہے۔ عمومی علامات بے شک موجود ہوتی ہیں، لیکن ان میں بوجہ خاصہ ذاتی، طرز زندگی، اور ذاتی خبرگیری کے اس قدر اختلاف ہوتا ہے کہ زندگی کی دو انتہاؤں کے مابین ذی حیات کی عمر کا اندازہ لگانا قیاس سے زیادہ حیثیت نہیں رکھتا۔

مردہ میں صورت حالات اور ہے۔ بعض نموی علامات ایسی ہیں کہ اگر وہ

مل جائیں تو دونوں سمتوں میں فرد کی عمر کی تحدید اس قدر سختی سے کی جاسکتی ہے کہ خاصہ صحیح تخمینہ لگانا ممکن ہوجاتا ہے کوئی واحد علامت تو قطعی نہیں ہوسکتی ہاں اگر متعدد علامات ایک دوسرے سے ہم آہنگ پائی جائیں تو ماہر ایک فیصلہ کن رائے دینے میں حق بجانب ہے۔

سب سے معتبر معلومات آخری جنینی مہینوں اور زندگی کے ابتدائی سالوں میں، تعظم عظام سے ملتی ہے۔ جسم کی لمبائی اور وزن سے حیات "درون رحمی" کے دوران میں اہم معلومات حاصل ہوتی ہیں اور اسی طرح ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں کے ناخنوں کے درجہ نمو، بیرونی کان کی جسامت، آنت میں عقی (meconium) کی موجودگی یا عدم موجودگی، جلد پر روؤں اور آنکھ میں غشاء الحدقہ کی موجودگی یا عدم موجودگی، مذکر میں خصیوں کا محل وقوع۔ ہمیں اپنی موجودہ اغراض کے لئے حیات درون رحمی کے چھٹے مہینے سے اُدھر جانے کی ضرورت نہیں ہے کیونکہ یہ

18 کہہ سکتے ہیں کہ قابلیت حیات اس زمانہ کے بعد شروع ہوتی ہے۔ اگر یہ ثابت ہوجائے کہ ایک جنین کی لاش چھ مہینے کی رحمی حیات کو نہیں پہنچی، تو اسے مولود ساکت (stillbirth) تصور کیا جائے گا اور الزام بچہ کشی کی نفی ہوجائے گی۔

ذیل کی جدول میں، مغالطہ سے بچنے کے لئے حمل کے زمانہ کو پورے مہینوں کی صورت میں بیان کیا گیا ہے۔ مثلاً چھ ماہ کی مدت کا حمل نہ کہ "حمل چھٹے مہینے میں"۔ آخری طریقۂ بیان مبہم ہے چھ ماہ کی مدت کے حمل کے یہ معنی ہیں کہ مذکورہ مدت پورے طور پر گزر چکی ہے۔ "حمل چھٹے مہینے میں" اس سے چھٹے مہینہ کی ابتدا سے انتہا تک کوئی ایک وقت مراد لیا جاسکتا ہے خواہ یہ پانچ ماہ سے ایک ہی دن اوپر کیوں نہ ہو۔

جنین کا نمو چھٹے مہینے سے لیکر رحمی حمل کی پوری میعاد تک

۶ مہینے کا جنین لمبائی ۹ سے ۱۲ انچ تک۔ وزن ۱ سے ۲ پونڈ تک جنین کا سر جسم کے مقابلہ میں بڑا ہوتا ہے۔ منتہائے حبل السری جسم کے وسط سے بہت نیچے ہے۔ جلد سرخ اور جھری دار ہے۔

نیچے کی چربی جو بعد میں جسم کو گولائی بخشتی ہے، اب تک صرف بننی شروع ہوئی ہے۔ جسم روؤں سے یعنی لیوناگو (lunago) اور نیز دمام جنبی (vernix caseosa) کی ایک باریک تہ سے ڈھکا ہے جو جلد سے نکلے ہوئے دُہنی مادہ اور بہر حلمہ اور روؤں کی آمیزش سے بنی ہوئی ایک سفید شے ہوتی ہے۔ سر کی ہڈیاں، درزوں پر ایک دوسرے سے بہت فاصلہ پر ہیں۔ اگلے اور پچھلے یافوخ (fontanelle) کھلے ہوئے ہیں۔ سلوین انشقاق (sylvian fissure) متشکل ہوچکا ہے۔ قشرۃ الدماغ کی تحتانی جبہی (inferior frontal) اور پیش مرکزی (precentral) اور دروں جداری (intraparietal) تجویفیں نمودار ہیں۔ بھوؤں اور پلکوں کی تکوین شروع ہے۔[ف۱] پپوٹے جڑے ہوئے اور غشاء الحدقہ جو تین ماہ کے بعد متشکل ہوتی ہے موجود ہے۔ بیرون اذن ناپ میں ۱۶ تا ۲۴ ملی میٹر ہے۔[ف۲] ہاتھوں کے ناخن اثنائے تشکیل میں ہیں لیکن بہت ملائم ہیں۔ پیروں کے ناخن کمتر نمویاب ہیں۔ صفن چکنا اور خالی ہے۔ خصیے، عضلات خصریہ (psoas muscles) پر گردوں کے نیچے واقع ہیں، چھوٹی آنت میں تھوڑا سا مخاطی افراز بھی موجود ہے جو ممکن ہے صفراوی لون سے رنگین ہو۔ عظم العقب (os calcis)، یدالقص (manubrium) اور عجز (sacrum) کے فقرات کے اجسام اور ورقات میں مراکز تعظم موجود ہیں۔

۷ ماہ کا حمل۔ لمبائی ۱۲ سے ۱۵ انچ۔ وزن ۲ تا ۴ پونڈ۔ جلد کچھ زیادہ پھیکی رنگت کی مگر روؤں اور دمام جنبی (vernix) سے خوب ڈھکی ہوئی ہے۔ روئیں چہرہ پر سے معدوم ہونے کو ہیں اور چاندلی پر کے روئیں بالوں کی ہیئت اختیار کرتے اور سیاہ ہوتے جاتے ہیں۔ فوقانی جبہی (superior frontal) اور پیش مرکزی (precentral) انشقاقات نمودار ہیں۔ پپوٹے منضم شدہ نہیں ہیں۔ غشاء الحدقہ جو اس ماہ میں معراج نمو کو پہنچ جاتا ہے غائب ہونا شروع ہوگیا ہے۔ بیرونی اُذن کا طول ۲۶ ملی میٹر ہے۔ ہاتھ کے ناخن پورے طور پر انگلیوں کے سروں تک نہیں پہنچتے۔ خصیے شکمی حلقہ (abdominal ring) کے قریب ہیں۔ عقی (meconium) بڑی آنت میں پایا جاتا ہے خوردبینی معائنہ کیا جائے تو یہ شئے ذیل کے اجزا سے مرکب معلوم ہوتی ہے

ف۱ Cunningham, Contribution to the Surface Anatomy of the Cerebral (Hemispheres, 1892)

ف۲ von Troeltsch Die Anatomie des Ohres

مخاطی جسیمے، آنت کا ہر حلمہ، بلی ریوبن (bilirubin) کی چھوٹی چھوٹی قلمیں جو ہیموٹائیڈین (hæmatoidin) کی قلموں سے ملتی جلتی ہیں، سٹیرک ترشہ (stearic acid) کی قلمیں، دمام جنینی (vernix caseosa) ، قص (sternum) کے جسم کے پہلے ٹکڑے اور عظم الکعب (astralgus) میں مراکز تعظم موجود ہیں۔

۸ ماہ کا۔ لمبائی ۱۵ سے ۱۷ انچ۔ وزن ۴ سے ۵ پونڈ۔ جبل السُرّی کی نہلی وسط جسم سے ذرا نیچے، جلد ذرا زیادہ پھیکی رنگت کی اور چربی اس کے نیچے کے بڑھ جانے سے زیادہ ابھری ہوئی۔ چہرے کی جھری دار شکل باقی ہے۔ روئیں غائب ہو رہے ہیں۔ غشاء الحدقہ عموماً طور پر غائب ہو چکا ہے۔ بیرونی اُذن کا طول ۲۶ سے ۲۸ ملی میٹر ہے۔ ناخن سخت تر محسوس ہوتے ہیں اور انگلیوں کے ناخن سروں تک پہنچے ہوئے ہیں لیکن پیروں میں نہیں۔ خصیئے اربی قنال (inguinal canal) میں پڑے ہوئے ہیں اور شاید صفن کے بالائی حصے تک پہنچ چکے ہیں، خاصکر بایاں خصیہ۔ چھوٹی آنت میں صمامات متقاربہ (valvulæ conniventes) متشکل ہیں۔ گردے اب فوق الکلیوں (adrenals) سے بڑے ہیں اور شاید مثانہ میں بول بھی ہو۔ قص کے جسم کے دوسرے ٹکڑے میں مرکز تعظم موجود ہے۔

۹ ماہ کا (یعنی عند المیعاد)۔ لمبائی ۱۸ سے ۲۰ انچ۔ وزن ۵ سے ۸ پونڈ۔ سر کی ناپ عرضاً ۳¾ سے ۴ انچ، سہماً (sagitally) ۴½ سے ۵ انچ۔ شانوں کے آرپار ۴¾ انچ اور ورکوں کے آرپار ۴ انچ۔ ناف وسط جسم سے صرف ¾ انچ نیچے ہے۔ جلد اپنا گلابی رنگ کھو چکی ہے اور بالغ کی جلد کے رنگ سے زیادہ مشابہ ہے۔ جسم اور جوارح فربہ ہیں۔ چہرے پر سے جھریاں معدوم ہو گئی ہیں۔ روئیں قریب قریب غائب ہو چکے ہیں۔ دمام جنینی (vernix caseosa) کچھ مقدار میں صرف پشت اور جوارح کے خم پذیر رخ پر پایا جاتا ہے۔ سر کے بال زیادہ تر سیاہ اور لمبائی میں ایک انچ ہیں۔ درز کے خطوط کے ساتھ ساتھ ہڈیاں باہم متصل ہیں، مگر قذالی اور جداری ہڈیاں صرف ایک غشا کے ذریعہ جڑی ہوئی ہیں اور آزادانہ حرکت پذیر 19
ہیں۔ پچھلا یافوخ (fonatnelle) بند ہو چکا ہے مگر اگلا نہیں۔ دماغ کی ثانوی تجویفیں نمودار ہیں اور سطح زیادہ تلفیف دار ہے۔ پلکیں اور بھوئیں اچھی طرح متشکل ہو چکے ہیں۔ بیرونی اُذن کا طول ۳۳ تا ۳۶ ملی میٹر ہے۔ ناک اور کان کے غضروف (cartilages) سخت محسوس ہوتے ہیں۔ ناخن انگلیوں کے سروں سے آگے نکلے ہوئے ہیں، لیکن پیروں میں سروں ہی تک پہنچتے ہیں۔

خصیے صفن میں موجود ہیں جو کہ خوب جھری دار ہے۔عقی (meconium) صرف بڑی آنت
میں ہے۔ دونوں صنفوں میں چھاتیاں اچھی طرح متشکل ہیں اور ان کے اندر کچھ رطوبت بھی
ہوتی ہے۔ فخذ کے زیرین سرے میں ایک مرکز تعظم ہے جس کا قطر ۰.۲ ہے۔ طبی قانون داں
کے لئے بچہ کشی کے واقعات میں جنین کے نمو کی تفتیش کرتے وقت اس مرکز کو بہت اہمیت
دی جاتی ہے۔ یہ مرکز کامل میعاد سے دو ہفتہ پیشتر خاصی پابندی کے ساتھ ظاہر ہوتا ہے
اور جس بربالہ (epiphysis) میں یہ نمودار ہوتا ہے وہ واحد بربالہ ہے جس میں تعظم ولادت
سے پیشتر شروع ہوتا ہے۔ مکعب (cuboid) اور عصعص (coccyx) کے پہلے فقرہ
اور جسم قص کے تیسرے ٹکڑے میں بھی مراکز تعظم پائے جاتے ہیں۔

ذیل کی جدول اہم ترنموی تغیرات بتاتی ہے جو چھ ماہ سے لیکر کامل میعاد تک
جنین میں واقع ہوتے ہیں:-

ماہ	لمبائی انچوں میں	وزن پونڈوں میں	ناخن	غشاء الحدقہ	خصیے	مرکز تعظم
۶	۹-۱۳	۱-۲	بن رہے ہیں	موجود مگر پپوٹے جڑے ہوئے۔	گردوں کے نیچے اور عضلات خصریہ پر	عظم العقب اور ید القص عجزی فقرات کے اجسام اور ورقوں میں۔
۷	۱۲-۱۵	۲-۴	انگلیوں کے سروں تک نہیں پہنچتے۔	جزوی طور پر موجود اور پپوٹے کھلے ہوئے۔	حلقہ جات بطنیہ کے پاس۔	قص کے جسم کا پہلا ٹکڑا عظم الکعب۔
۸	۱۵-۱۷	۴-۵	ہاتھ میں انگلیوں کے سروں تک پہنچتے ہیں مگر غالباً پاؤں میں نہیں پہنچتے۔	معدوم	اربی قنال میں اور شاید صفن میں اکثر بایاں خصیہ دائیں سے آگے ہوتا ہے	قص کے جسم کا دوسرا ٹکڑا
	۱۸-۲۰	۵-۸	ہاتھ میں انگلیوں کے سروں سے آگے نکلے ہوئے ہیں لیکن پاؤں میں سروں تک ہیں	-	دونوں خصیے صفن میں اور صفن جھری دار ہے	عظم المکعب قص کے جسم کا تیسرا ٹکڑا پہلا عصعصی فقرہ فخذ کا زیرین بربالہ۔

درجہ نمو کے مذکورہ بالا معیار معتد بہ حد تک اختلاف پذیر ہیں لہذا کسی
انفرادی واقعہ میں قطعی رائے ظاہر کرنے سے احتراز کرنا چاہئے تاوقتیکہ متعدد اہم ترین
معیار آپس میں معقول طور پر منطابق نہ ہو جائیں۔ ابعاد اور وزن کے متعلق یہ امر یاد
رکھنا چاہئے کہ مذکر بچے مونث بچوں سے عموماً ہر دو لحاظ سے سبقت لے جاتے
ہیں۔ میعادی بچوں میں وزن کا بہت اختلاف ہوتا ہے آرٹیگا[1] (Ortega) نے
ایک عورت کو ایک ساکت مولود بچہ جنوایا جس کا وزن $24\frac{3}{4}$ پونڈ اور طول ۲۴ انچ
تھا۔ اور اس کے شانوں کے آر پار کی ناپ $7\frac{1}{4}$ انچ تھی۔ پلیفیر[2] (Playfair)
ایک بچے کا ذکر کرتا ہے جو قوی ہیکل والدین سے تولد ہوا تھا۔ ماں کا قد ، فٹ
۹ انچ اور باپ کا قد سات ، فٹ ، انچ تھا۔ بچہ مولود ساکت تھا۔
اس کا طول ۳۰ انچ اور وزن $23\frac{3}{4}$ پونڈ تھا۔ میعادی بچہ کا وزن چونکہ تغذیہ
کی حالت سے متاثر ہوتا ہے لہذا بہ نسبت طول کے یہ کم مستقل ہوتا ہے۔ مرض 20
کساح (rickets) تعظم کا ابطاء کرتا ہے۔ لہذا مختلف مراکز تعظم جو طبعی حالت میں
اختتام میعاد پر موجود ہوتے ہیں ان کے نمو میں اور یافوخوں کے بند ہونے میں یہ
مرض مداخلت کرتا ہے۔

نوزائیدہ میں عفونتی تغیرات بہت سرعت سے واقع ہوتے ہیں اور
ان علامات میں جو وزن اور جلد ، بالوں ناخنوں اور ناک اور کان کے غضروفوں
کی حالت سے حاصل ہوتی ہیں سخت مداخلت کرتے ہیں اور نیز بوجہ عفونت قرنیہ
پیدا کرنے کے اس شہادت میں بھی مخل ہوتے ہیں جو غشاء الحدقہ سے ملتی ہے۔
یہ بات قابل لحاظ ہے کہ غشاء الحدقہ بجائے خود جنین کی پختگی کی دلیل نہیں ہے۔
اور نہ صفن میں خصیوں کی عدم موجودگی کو عدم پختگی کی دلیل تسلیم کیا جا سکتا ہے
کیونکہ یہ بسا اوقات زمانہ بلوغ تک اربی قنال کے اندر یا اس سے اوپر ہی رہتے ہیں۔
شائد جنین کی پختگی یا عدم پختگی کے متعلق رائے قائم کرنے کے لئے فخذ کے زیریں

---

[1] Nouv. Arch. d' Obstet et de Gynecol, 1891.

[2] Sc. and Prac. of Midwifery, 1893.

بر بالہ میں مرکز تعظم کی موجودگی یا عدم موجودگی بے خطا ذریعہ نہ سہی تاہم معتمد ترین ذریعہ ضرور ہے اور یہ اس صورت میں بھی جب کہ تعفنی تغیرات اس حد تک ترقی یافتہ ہوں کہ تمام علامات بیکار ثابت ہوں۔ یہ یاد رکھنا چاہیے کہ ۸ ماہ کے جنین اور کامل میعاد کے جنین کے درمیان جو فرق ہوتا ہے وہ اس قدر نمایاں نہیں ہوتا کہ کوئی قطعی رائے قائم کی جاسکے لیکن جو واقعات طبی قانون دان کے سامنے آتے ہیں ان میں سے اکثر میں مبحث پر کچھ اثر نہیں پڑتا کیونکہ دونوں صورتوں میں یہ ممکن ہے کہ بچہ زندہ پیدا ہوا ہو۔

پیدائش کے بعد دوران خون بہت جلد بالغ کی طرز کا ہوجاتا ہے۔ بشرہ (cuticle) تقریباً تیسرے دن جھڑنا شروع ہوجاتا ہے۔ جو جلد پہلے بیش دموی اور گلگوں تھی بعد میں زردی مائل رنگت اختیار کرلیتی ہے۔ تقشیر کے ختم پر جس میں بچہ کی توانائی کے لحاظ سے اسے ۲ ہفتے تک اختلاف پذیر وقت صرف ہوتا ہے، جلد اپنا مستقل طبعی رنگ اختیار کرلیتی ہے۔ پہلے ۳ یوم میں بچے کا وزن گھٹتا ہے۔ پیدائش کے چند گھنٹے بعد آنت اپنا عقی (meconium) خارج کردیتی ہے جو درون رحمی حیات کے دوران میں جمع ہوگیا تھا۔ پیدائش پر طبعی حبل السری فربہ و مرغولہ دار اور کثیر الالوان ہوتی ہے مگر کمزور بچوں میں پلپلی (flaccid) اور زیادہ و پتلی۔ حبل السری کو کاٹنے کے بعد اس کا وہ حصہ جو بچے سے چپکا ہوا ہو لچلچا ہوجاتا ہے اور پہلے یا دوسرے دن مرجھانا شروع ہوتا ہے۔ یہ تیبس (desiccation) آزاد سرے سے شروع ہوتا ہے اور ناف کی طرف بڑھتا ہوا ۳ یا ۴ یوم میں مکمل ہوجاتا ہے۔ پھر حبل السری چپٹی ہوجاتی ہے اور ایک ایسی نیم شفاف جھلی کا منظر پیش کرتی ہے جس میں شریانیں اور وریدیں سُرخ خطوط سی نظر آتی ہیں۔ اگر ایسی حبل السری کو جو محنط (mummified) ہوگئی ہو، پانی میں بھگویا جاوے تو سابقہ حالت پر نہیں عود کرتی۔ یہ حبل السری تقریباً چوتھے یا پانچویں روز دیوار شکم کے قریب سے عمل تقرح کے ذریعہ علیحدہ ہوجاتی ہے۔ کچھ مدت تک مقام علیحدگی کے اردگرد ایک التہابی دائرہ باقی رہتا ہے اور معمولی قیعی افراز بھی جو عمل تقرح کا لوازمہ ہے کم وبیش موجود ہوتا ہے۔ التہابی افعال جو رسن کی علیحدگی پر

عارض ہوتے ہیں، ان کا درجہ اور دوران مدت، بچے کی حیوی قوت اور نمو کے مطابق اختلاف پذیر ہوتا ہے ۔ بچہ جس قدر نحیف ہو مفارقت کا فعل اتنا ہی طویل المدت ہوتا ہے ۔ ناف کی ندبیت ۸ تا ۱۲ یوم میں مکمل ہوجاتی ہے ۔

رسن کی مفارقت اور بر جلد کے جھڑنے کی تکمیل کے بعد جو ثقہ ترین معیار عمر کے ہیں وہ خروج اسنان کی ترقی اور تعظم کے جو مختلف مراکز پیدائش کے بعد بنتے ہیں ان کے نمو سے ملتے ہیں ۔ مگر ان کے علاوہ اور بھی علامات ہیں جو مفید ہو سکتی ہیں ۔

پیدائش کے بعد معدے کا حجم بہت جلدی سے بڑھتا چلا جاتا ہے ایشبی اور رایٹ[۱] (Ashby and Wright) نے رفتار ترقی کا اندازہ اس طرح کیا ہے ۔

عندالمیعاد	قریب دو سیال آونس 21
چوتھے ہفتے	۳ - ۴ "
تین مہینے کے بعد	۵ "
چار مہینے کے بعد	۱۰ "

کھوپری کا مکعب حجم عندالمیعاد ۵۰۰ مکعب سنٹی میٹر کے برابر ہوتا ہے اور دوسرے سال میں ۱۰۰۰ مکعب سنٹی میٹر تک بڑھ جاتا ہے ۔ بالغ زندگی میں اس کی اوسط ۱۵۰۰ مکعب سنٹی میٹر ہوتی ہے ۔

زندگی کے پہلے بارہ مہینوں میں بچہ کے وزن کی افزائش بہت نمایاں ہوتی ہے ۔ فیفر (Pfeiffer) نے ذیل کی (مختصر) جدول دی ہے ۔

	پونڈ	آونس
پہلے مہینے میں	۸	۵ ½
تیسرے مہینے میں	۱۱	۱۵
چھٹے مہینے میں	۱۶	۳ ½

[۱] ۔ امراض بچگان ۱۸۹۲ء



Fig. 1.—The lower jaw at puberty.



Fig. 2.—The lower jaw of adult age.

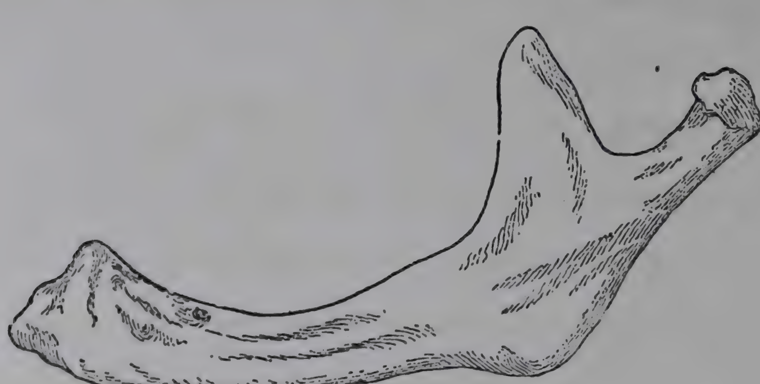


Fig. 3.—The lower jaw of old age.

نویں مہینے میں	۲۰	۱
بارہویں مہینے میں	۲۲	۷

پہلے سال کے اختتام کے بعد وزن اتنی سرعت سے نہیں بڑھتا۔ ۶ سال کے اخیر پر وزن پھر دوچند ہو جاتا ہے اور نیز چودھویں سال کے اخیر پر بھی۔ بظاہر ان اعداد میں یہ امر مفروضہ ہے کہ بچے کا تغذیہ بھی ساتھ ساتھ بڑھتا چلا جاتا ہے۔

چوتھے سال کے آخر میں بچے کی اوسط لمبائی عند المیعاد کی اوسط لمبائی سے دوچند ہوتی ہے۔

پیدائش کے وقت جو زاویہ فک کے جسم اور فرع کے انصال سے بنتا ہے وہ زاویہ منفرجہ ہوتا ہے اور تقریباً ۱۴۰ درجہ کے برابر ہوتا ہے۔ جسم قریب قریب نصف دائرہ کی شکل کا ہوتا ہے۔ اتھلا اور زیادہ تر جوفیزی (alveolar) حصہ پر مشتمل ہوتا ہے۔ قاعدی حصہ بہت کم نمو یافتہ ہوتا ہے۔ اسنان دائمی،
اسنان عارضی سے تعداد میں زیادہ ہونے کی وجہ سے مزید جگہ چاہتے ہیں اور 22
یہ جگہ اسفل کی پچھلی جانب بالیدگی سے حاصل ہوتی ہے جو نصف دائرہ کی شکل سے نعل اسپ کی شکل میں متبدل ہو جاتا ہے۔ اس کی لمبائی کی افزائش کے ساتھ ساتھ جسم زیادہ گہرا اور دبیز بھی ہوتا جاتا ہے۔ شاخ طولانی ہو جانے سے وہ زاویہ جو یہ جسم سے ملکر بناتی ہے کم منفرج ہوتا جاتا ہے یہاں تک کہ بلوغت تک زاویہ قائمہ کے قریب قریب پہنچ جاتا ہے۔ سن شیخوخت میں دانت گر جاتے ہیں اور جبڑے کا جوفیزی مذبول ہو جاتا ہے۔ جسم پھر اتھلا ہو جاتا ہے اور جسم اور فرع سے ملکر بننے والا زاویہ دوبارہ منفرج ہو جاتا ہے۔ اس بیان سے ظاہر ہے کہ بچپن اور بڑھاپے کے اتھلے جبڑے تشریحاً ایک دوسرے کے متمم ہیں۔ بچپن کے جبڑے کا جسم تقریباً خالصاً جوفیزی ہوتا ہے اور بڑھاپے کے جبڑے کا جسم خالصاً قاعدی۔ اور اس کا ثبوت بچپن اور بڑھاپے کے جبڑوں کے ذقنی سوراخ (mental foramen) کے محل وقوع سے بھی ملتا ہے۔ اول الذکر میں سوراخ نیچے کی جانب ہوتا ہے اور موخر الذکر میں بالائی کنارے پر کھلتا ہے۔

دانت

اسنان عارضی یا لبنی تعداد میں ۲۰ ہوتے ہیں اور ترتیب ذیل سے ظاہر ہوتے ہیں۔

۷ ماہ	زیرین مرکزی ثنایا
۸ ماہ	بالائی مرکزی ثنایا
۷ سے ۹ ماہ	بالائی جانبی ثنایا
۱۰ سے ۱۲ ماہ	زیرین جانبی ثنایا
۱۴ ماہ	پہلے عارضی طواحن
۱۷ ماہ	انیاب
۲۲ سے ۲۴ ماہ	ثانوی عارضی طواحن

کمزور بچوں اور بالخصوص جو مرض کساح (rickets) میں مبتلا ہوں ان میں دانتوں کا خروج دیر میں ہوتا ہے۔ اس کا عکس شاذ و نادر واقع ہوتا ہے۔ کبھی بچے ثنایا نکلے ہوئے پیدا ہوئے ہیں۔

اسنان دائمہ تعداد میں ۳۲ ہوتے ہیں اور ترتیب ذیل سے ظاہر ہوتے ہیں۔

۷ ویں سال	پہلے طواحن	
۸ ویں سال	مرکزی ثنایا	
۹ ویں سال	جانبی ثنایا	
۱۰ ویں سال	مقدم پیش طاحن یعنی دو کنگری	یہ عارضی دانتوں کی جگہ لیتے ہیں۔
۱۱ سے ۱۵ سال	خلفی پیش طاحن	
۱۱ سے ۱۲ سال	انیاب	
۱۳ سے ۱۶ سال	دوسرے طواحن	
۱۸ سے ۳۰ سال	تیسرے طواحن (یعنی عقل ڈاڑھیں)	

اول ترین دائمی دانت اس مقام پر نمودار ہوتا ہے جو ماسبق میں خالی ہو

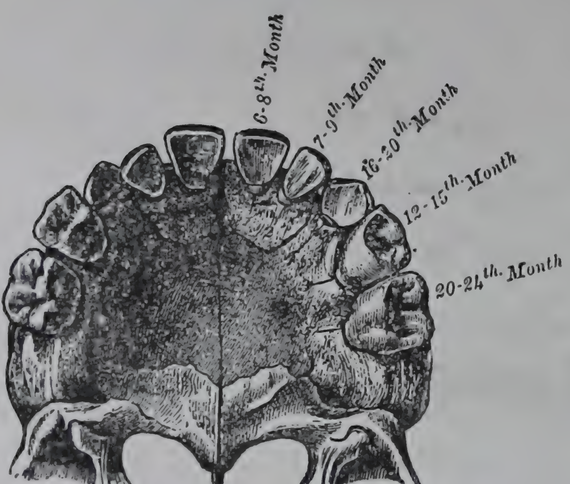


Fig. 4.—Temporary teeth (upper jaw).
(Macalister's *Human Anatomy*).



Fig. 5.—Permanent teeth.
(Macalister's *Human Anatomy*).

یعنی عارضی دانتوں کے گروہ کے آخر ترین سٹ کے عقب میں۔ بالعموم ان کا ظہور عارضی دانتوں کی معدومیت سے پیشتر ہوتا ہے چنانچہ کسی جبڑے میں دانتوں کو مرکزی خط سے پچھلی جانب گننے پر اگر صرف پانچ ہوں تو وہ عارضی گروہ میں شامل ہیں اور اگر چھٹا موجود ہو تو دائمی گروہ سے علاقہ رکھتا ہے۔ باقی ماندہ دائمی دانت، عارضی دانتوں کی جگہ اُسی ترتیب سے لیتے ہیں جس ترتیب سے عارضی دانت نمودار ہوئے تھے۔ دائمی طواحن چھ چھ سال کے فاصلوں سے ظاہر ہوتے ہیں۔ ایک ۹ سال کا بچہ ۱۲ دائمی دانتوں کا مالک ہوتا ہے۔ ۱۳ سے ۱۴ سال کا بچہ ۲۸ کا یعنی سوائے ۴ عقل ڈاڑھوں کے کل دانتوں کا۔

سن رسیدہ زندگی میں سر کی ہڈیاں ڈپلوی (diploe) کے انجذاب سے پتلی ہو جانے کی جانب مائل ہوتی ہیں لمبی ہڈیاں ہلکی اور شکستنی ہو جاتی ہیں اور ان کا غیر نامیاتی جزو افزوں ہوتا ہے۔ کئی ایک دانت غائب ہو جاتے ہیں اور بد رنگ اور فرسودہ باقی رہ جاتے ہیں۔

ذیل کی جدولیں اس غرض سے مرتب کی گئی ہیں [زیادہ تر کوین (Quain) کی عضمیات (osteology) سے] کہ کسی جسم یا ہڈیوں کے پنجر کی اغلب عمر کو سن بلوغ تک بڑے بڑے مراکز تعظم کے وجود کے ذریعہ اور سنِ بلوغ کے بعد ہڈیوں اور بربالوں کے اتصال اور نیز ہڈیوں کے باہمی اتصال کے ذریعہ ظاہر کریں۔

24

یہ جدول یہ ظاہر کرتی ہے کہ پیدائش کے بعد نقاط تعظم کب نمودار ہوتے ہیں۔

سال حیات	ہڈیاں جن میں نقاط تعظم ظاہر ہوتے ہیں
پہلا سال	قص (sternum) کے جسم کا چوتھا ٹکڑا
"	کتف کا کرکودی زائدہ (coracoid process)
"	ذراعیہ (humerus) کا راس

پہلا سال	عظم کبیر (os magnum) (رسغیہ)
"	عظم الفخذ (femur) کا راس
"	قصبہ (tibia) کا بالائی سرا
"	بیرونی سفینیہ (external cuneiform) (حمارہ: tarsus)
دوسرا	کعبرہ (radius) کا زیرین سرا
"	خطاف نما (unciform) (رسغیہ: carpus)
"	قصبہ (tibia) کا زیرین سرا
"	شظیہ (fibula) "
تیسرا	ذراعیہ (humerus) کا حدبیۂ کبیر
"	رضفہ (patella)
تیسرے سے لیکر چوتھے سال میں	اندرونی سفینیہ (cuneiform) (حمارہ: tarsus)
	شظیہ (fibula) کا بالائی سرا
چوتھا سال	طروخائے اعظم (great trochanter) (فخذ: femur)
"	درمیانی سفینیہ (حمارہ: tarsus)
چوتھے سے پانچویں تک	زورقی (scaphoid) (حمارہ: tarsus)
"	زند (ulna) کا زیرین سرا
پانچواں سال	حدبیہ صغیر ذراعیہ (humerus)
"	اندرونی قندال (condyle) (ذراعیہ: humerus)
"	مربعہ منحرفہ (trapezium) اور ہلالیہ (semilunar) (رسغیہ)
پانچویں سے چھٹے تک	کعبرہ (radius) کا بالائی سرا
چھٹا سال	زورقی (scaphoid) (رسغیہ: carpus)
ساتواں	مربعہ آسا (trapezoid) (رسغیہ)
دسواں	زند (ulna) کا بالائی سرا
بارھواں	شنگ نما (pisiform) (رسغیہ)
تیرھویں سے چودھویں تک	بیرونی قندال (condyle) (ذراعیہ: humerus)

تیرھویں سے چودھویں تک	طروخائے صغیر (trochanter) فخذ (femur :

یہ جدول یہ ظاہر کرتی ہے کہ عظمی ڈنڈیوں کا بر بالوں کیساتھ اور ایک ہڈی کا دوسری کے ساتھ کب التیام واقع ہوتا ہے۔

سال حیات	بر بالے اور ہڈیاں
پہلا یا دوسرا	زیرین جبڑے کا ارتفاق (symphysis)
دوسرا	جبہی درز (frontal suture) نیچے سے اوپر کو التیام ہوتا ہے ممکن ہے درز باقی رہ جائے۔
	مقدم یافوخ (fontanelle) بھر گیا ہے۔
ساتواں یا آٹھواں سال	سرین (ischium) اور عانہ (pubis) کے فروع
۱۷ واں سال	زند (unla) کے بالائی سرے کا بر بالہ
	طروخائے صغیر دفخذ :femur) کا بر بالہ
۱۷ویں سے ۱۸ویں تک	قندالوں (ذراعیہ : humerus) کے بر بالے
	کعبرہ کے بالائی سرے کا بر بالہ
۱۸ واں سال	طروخائے کبیر دفخذ) کا بر بالہ
	قصبہ (tibia) کے زیرین سرے کا بر بالہ
۱۸ واں	عجز (sacrum) کے زیرین فقرات
	فنجان (acetabulum) کے کچھ حصوں میں التیام ہو چکا ہے
۱۹ واں	فخذ (femur) کے راس کا بر بالہ
۲۰ واں سال	ذراعیہ (humerus) کے راس کا بر بالہ
۲۱ واں سال	کعبرہ (radius) کے زیرین سرے کا بر بالہ
	زند (ulna) کے زیرین سرے کا بر بالہ
	قصبہ (tibia) کے بالائی سرے کا بر بالہ
	شظیہ (fibula) کے زیرین سرے کا بر بالہ

۲۴ واں سال	شظیہ (fibula) کے بالائی سرے کا بربالہ
۲۵ واں سال	قص (sternum) کے دوسرے اور تیسرے ٹکڑے
	پہلے اور دوسرے عجزی (sacral) فقرات
	ترقوہ (clavicle) کا بربالہ
	فخذ (femur) کے زیریں سرے کا بربالہ
۴۰ واں	یدالقص (manubrium) کا جسم قص کے ساتھ

باب ۶

25

اسالیب موت

روایتاً اور بنظر سہولت بیان کیا جاتا ہے کہ موت کا آغاز دماغ، شش اور قلب، ان تین لازمی اعضا میں سے جو زندگی کے برقرار رکھنے سے تعلق رکھتے ہیں، کسی ایک عضو میں ہوتا ہے۔ اگر ان اعضاء میں سے کسی ایک میں بھی فشل العمل واقع ہوجائے تو بہت جلد دوسرے دو کے تفاعل میں بھی خلل پیدا ہوجاتا ہے۔ اگر ششوں میں خون کا تہویہ کافی طور پر نہ ہو تو عرق حرکی (vasomotor) مراکز میں خراش ہوتی ہے، لہذا مجریات دموی کے تنگ ہوجانے کی وجہ سے قلب کے فعل میں رکاوٹ واقع ہوتی ہے۔ مزید براں غیر خالص رسد خون سے قلب کا نظام عضلی خود بھی کمزور پڑ جاتا ہے۔ اگر

قلب خون کو آگے پھیپھڑوں میں کافی فعالیت سے نہ ڈھکیلے تو مراکز تنفس بھی مشلول ہو جاتے ہیں ۔ نیز اگر کوئی خون کا تھکا لُب کے مراکز پر دباؤ ڈالتا ہو تو پھیپھڑے اور قلب دونوں بیکار ہو جاتے ہیں ۔ اگر زندگی کی آخری ظاہری علامات کو ہی مان لینا ہو تو یہ کہا جا سکتا ہے کہ قلب اور پھیپھڑے ہی وہ اعضاء ہیں جن کے وظیفہ کا اختتام حقیقتاً بدنی موت وارد کرتا ہے ۔ اس نقطۂ نگاہ سے دیکھا جائے تو موت کا سر میں شروع ہونا بیان کرنا غیر ضروری تصور کیا جا سکتا ہے ۔ تاہم یہ امر سہولت دہ ہوگا کہ بکیٹ (Bichât) کی جماعت بندی قائم رکھی جائے ۔ اور یہ امر ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ طبی قانون داں کو صرف ایسی اموات کی تفتیش سے سابقہ پڑے گا جو تشدد کا نتیجہ ہوتی ہیں مگر بسا اوقات اس کو ایسے واقعات کی تفتیش کے لئے بھی طلب کیا جائے گا جن میں موت مرض کے سبب سے ہوئی ہو، مثلاً جب موت کا انداز یا وہ حالات جن میں موت واقع ہوئی ہو ایسے ہوں کہ فریب کاری کا شبہ ہوتا ہو ۔

موت کے تین اسالیب یہ ہیں ۔ اختناق (asphyxia)، غشیان (syncope)، قوما (coma)۔

اختناق

(ASPHYXIA)

جب تنفسی تفاعل کی رکاوٹ ایک مخصوص حد سے تجاوز کر جائے تو اس کا نتیجہ اختناق ہوتا ہے ۔ پھیپھڑوں میں خون اور ہوا کے درمیان جو تبادلہ طبعی طور پر ہوتا رہتا ہے اس کے منقطع ہو جانے کے مختلف طریقے ہیں، یعنی ۔ تنفسی عضلات کی عصبی رسد مرکزی طور پر (الف) یا محیطی طور پر [عصب ریوی معدی (pneumogastrics) عصب حاجزی (phrenics)] منقطع ہو جائے، عضلات تنفس [سٹرکنین (strychnine) یا کزاز (tetanus)] مثبت ہو جائیں، سینہ پر میکانکی دباؤ ہو، ہبوط ریوی (collapse of lungs) [استرواح الصدر (pneumothorax)]

ہوا کی گذرگاہوں میں اجسام غریبہ کی موجودگی یا ان کا بیرونی ضغطہ مثلاً، گلا گھونٹنے سے مسدود ہوجانا، غرقابی، ایسی ہوا سانس میں لینا جس میں آکسیجن کی کمی ہو، بوجہ میکانکی خراش کے (غذا کے ریزے)، یا بوجہ خراش اور بخارات $(Cl.\ SO_2)$ کے تشنج مزمار۔ ان میں سے ہر ایک سبب بذات خود اختناق سے موت واقع کرنے کی قدرت رکھتا ہے۔

علامات۔ اختناق کا منظر تین درجوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔ اول میں سانس طبعی حالت کی نسبت زیادہ گہرائی اور زیادہ سرعت اور زیادہ دقت سے آتی ہے۔ تنفس کے غیر معمولی عضلات مصروف عمل ہوجاتے ہیں اور ہوا کیلئے کشمکش زیادہ شدید ہوتی جاتی ہے۔ خون کے زیادہ وریدی ہوجانے سے مراکز تنفس میں ہیجان پیدا ہوتا ہے اور تنفس کے لئے متشددانہ مساعی کی جاتی ہیں۔ دوسرے درجہ میں عضلات زفیر کم فعال ہوجاتے ہیں مگر عضلات شہیق بڑے شدومد سے انقباض کرتے ہیں اور اسی شدومد کے ساتھ بدن کے تقریباً تمام عضلات بھی سکڑتے ہیں۔ جس سے عمومی تشنجات پیدا ہوجاتے ہیں۔ تیسرے درجہ میں عضلات تنفس مشلول
ہوجاتے ہیں، پتلیاں بہت پھیل جاتی ہیں، شعور جاتا رہتا ہے اور معکوسات 26
مفقود ہوجاتے ہیں۔ چند سانس طویل وقفوں سے آنے کے بعد کام تمام ہوجاتا ہے۔ ہیولنگس جیکسن[1] (Hughlings-Jackson) نے اس امر کی جانب توجہ مبذول کرائی ہے کہ جب خون نہایت وریدی ہوتا ہے تو اس وقت رکبی جھٹکا (knee-jerk) غائب ہوتا ہے۔ اگرچہ اختناق کے ابتدائی درجوں میں یہ رکبی جھٹکا بہت بڑھ جاتا ہے مگر تیسرے درجے کے آنے پر یہ بالکل گم ہوجاتا ہے۔

بعد الموت مناظر۔ قلب کی دائیں جانب، شریان ریوی، ورید اجوف اور گردن کی وریدیں سیاہ وریدی خون سے ممتلی ہوتی ہیں۔ بائیں جانب بعد الموت انقباض کی وجہ سے نسبتاً خالی ہوتی ہے (جمود موتی)۔ خون جو قریب سیاہ ہوتا ہے، کاربن ڈائی آکسائڈ (carbon dioxide) کی ایک بڑی مقدار پر شامل

---

[1] برٹش میڈیکل جرنل ۱۸۹۲ء

ہوتا ہے اور اس لئے آہستہ سے ترویب پاتا ہے ۔ہیموگلوبن تقریباً تمام ترجیع شدہ (reduced) ہوتی ہے اور معمولی وریدی خون میں آکسی ہیموگلوبن (oxyhæmoglobin) اور ترجیع شدہ ہیموگلوبن (hæmoglobin) کی ایک بڑی مقدار شامل ہوتی ہے ۔[لینڈا (Landois) اور اسٹرلنگ (Stirling)] ۔

غشیان

(SYNCOPE)

اگر دوران خون کا یکایک فشل ہو جائے تو اس سے غشیان واقع ہوتا ہے ۔دوران خون کا فشل ، فعل قلب کے بند ہو جانے سے ہوتا ہے جس کی وجہ (قلب شحمی ، اورطی بازروی وغیرہ) مرض یا (نفسی صدمہ ، سر کی چوٹ یا معکوساً شراسیف کو چوٹ لگنے سے) امتناع کا وقوع ہوتا ہے۔دوران خون کا فشل ضیاعِ خون (بڑی عروق خون کے یا خود قلب کے زخم) سے وافر الدم سے بھی ہوسکتا ہے اور دوران خون میں سے خون کے یکایک نکل جانے سے بھی فشل ہوسکتا ہے ۔[پیٹ پر چوٹ لگنے سے اعصاب حشوی (splanchnic) مشلول ہو جاتے ہیں ۔شکم کا عروقی رقبہ اس قدر بڑا ہو جاتا ہے کہ باقی ماندہ نظام خون سے خالی ہو جاتا ہے]

علامات موت سے پہلے چہرے اور لبوں کی رنگت پھیکی ہو جانا ، بصارت کم ہو جانا ، ٹھنڈا اور چپچپا پسینہ آنا ، قریب الموت ہونے کا احساس ، مزید ہوا کی اشتہا ، بے حد اضطراب ، ہانپنا ، متلی ، شاید قے ، کانوں میں سنسناہٹ کی آوازیں ، ایک لحہ کے لئے ہذیان جو جلدی غیر حاسیت میں بدل جاتا ہے اور اس کے بعد تشنج ظاہر ہوتا ہے ۔یہ علامات سب کی سب ہمیشہ موجود نہیں ہوتیں ۔ممکن ہے کہ سادہ غش میں صرف شعور کا فوری فقدان ، ٹھنڈی سطح اور گہری سانس کی علامات ہوں ۔تمام اصابتوں میں نبض کمزور ، بے قاعدہ ، یا غیر محسوس ہوتی ہے ۔ وہ حالت جو کہ ہبوط کہلاتی ہے ، اگرچہ

فعل قلب کا اس میں بھی فشل ہوجاتا ہے مگر غشیان سے اس امر میں مختلف ہوتی ہے کہ مریض کا شعور قائم رہتا ہے۔

بعد الموت مناظر۔ جب موت، دل کی رسد خون ناکافی ہونے سے ہوئی ہے تو عضو سکڑا ہوا اور خالی پایا گیا ہے اور جب موت کا سبب قلب کا شلل ہوا ہے تو دونوں اطراف میں خون پایا گیا ہے (ملاحظہ ہو جمود موتی)۔

قوما

(Coma)

کسی ایسے سبب سے جو دماغ کو متاثر کرے، غیر حاسیت پیدا ہو جائے اور وہ غیر حاسیت موت پر منتج ہو تو موت کا سبب قوما قرار دیا جاتا ہے۔ ذیل کے اسباب قوما پیدا کر سکتے ہیں (۱) درون جمجمی دباؤ کی افزونی یا دماغ یا اس کے دوران خون کا حرکی اختلال، ارتجاج (concussion)، نزف، رسولی، پھوڑا سدادیت (embolism)، علقیت (thrombosis)، جمجمہ کا منخفض کسر، (۲) اعمال التہابی (التہاب سحائی وغیرہ) (۳) دماغ میں دورہ کرنے والے خون کی غیر طبعی حالت [تسمم بولی (uraemia)، بعض زہر، افیون اور الکحل اور وہ زہر جو کہ ذیابیطس میں وہ پیچیدگی پیدا کرتا ہے جو ذیابیطسی قوما کے نام سے موسوم ہے]۔

علامات قوما کے متذکرہ صدر اسباب میں سے بہت سے اسباب ایسی 27
علامات پیدا کرتے ہیں کہ جو ذہول کی ابتدائی شکل اختیار کرتی ہیں جس سے مریض جزئی طور پر کچھ لمحہ یا زیادہ کے لئے بیدار کیا جا سکتا ہے اور بعد میں یہ حالت بڑھ کر گہری غیر حاسیت میں بدل جاتی ہے جس سے مریض بیدار نہیں کیا جا سکتا بسمیان کردہ اسباب میں بعض ایسے ہیں جن سے بغیر پیشرو ذہول کے یکایک قوما پیدا ہو جاتا ہے۔ ذہول میں محسوسات قائم رہتے ہیں یا بڑھ جاتے ہیں مگر قوما میں عموماً یا تو کم ہو جاتے ہیں یا بالکل گم ہو جاتے ہیں۔ سیال اشیا کے نگلنے کی قوت

اور ذہول ایک ساتھ پائے جا سکتے ہیں لیکن یہ اور قوما ایک ساتھ نہیں پائے جا سکتے۔ قوما زدہ (comatose) شخص بیرونی تاثرات کا بالکل غیر حاس ہو جاتا ہے اور وہ نرم تالو کے شلل کی وجہ سے سنخیر کے ساتھ اور نیز گرانی کے ساتھ سانس لیتا ہوا بے بس پڑ رہتا ہے۔ سطح بدن عام طور پر ٹھنڈے پسینہ سے تر ہوتی ہے، (سوائے اضرار جسر اور بعض دیگر حالات کے) تپش درجہ طبعی یا اس سے کم ہوتی ہے، نبض میں اختلاف ہوتا ہے مگر یہ اکثر بھری ہوئی اور وقت سے چلتی ہے۔ مراکزِ تنفس کی فعالیت فروتر ہو جانے سے سانس بتدریج گرانبار ہوتی جاتی ہے اور ہوائی گذرگاہوں میں مخاط کے اجتماع سے تنفس کی وہ شکل پیدا ہو جاتی ہے جسے "گھنگرو" (death rattle) کہتے ہیں پتلیاں پھیلی ہوئی یا سکڑی ہوئی ہوتی ہیں جو روشنی کی حاسیت نہیں رکھتیں اور ملتحمی معکوس غائب ہو جاتا ہے۔

بعد الموت مناظر۔ قوما پیدا کرنے والے امراض میں سے بعض ایسے ہیں کہ جن کا سبب امتحان کرنے سے معلوم ہو جاتا ہے۔ جو کچھ اوپر کہا گیا ہے اس سے ظاہر ہے کہ قلب اور ششوں کی حالت مستقل نہیں ہوتی اور بالعموم کم و بیش اس حالت سے مشابہ ہوتی ہے جو اختناق سے واقع شدہ موت میں پائی جاتی ہے۔

ناگہانی یا غیر متوقع موت فطری اسباب سے

بسا اوقات طبی قانونی تحقیقات کا موضوع ایسی اموات ہوتی ہیں جو اچانک یا غیر متوقع طور پر فطری اسباب سے واقع ہوئی ہوں خاصکر مشتبہ حالات میں بنظر سہولت اس قسم کی اموات کو تین عنوانوں کے ماتحت جماعت بند کیا جا سکتا ہے۔ (۱) ایسے مرض سے واقع شدہ اموات جس کے متعلق یہ امر ہمہ گیر طور پر تسلیم شدہ ہو کہ اس کے اچانک موت میں ختم ہو جانے کا امکان ہے اور جو عام طور پر اپنی موجودگی کا تسلی بخش بعد الموت ثبوت چھوڑ جاتا ہو۔ (۲) ایسے مرض سے واقع شدہ اموات جو موت ہونے کی صورت میں

حیات کو ایکدم سے ختم نہیں کر دیتا اور جس کو اس بنا پر فوری موت کا سبب تصور نہیں کیا جاتا۔ ایسی وارداتوں میں بعد الموت امتحان سے اکثر اوقات سبب موت کی فیصلہ کن علامات کی بجائے زیادہ استنباطی علامات حاصل ہوتی ہیں۔ (۳) وہ اموات جن میں کوئی قابل دریافت مرض موجود نہ ہو لہذا بعد الموت امتحان سے قطعی طور پر منفی نتائج حاصل ہوتے ہیں۔

ا۔ بالغوں میں فطری اسباب سے واقع شدہ ناگہانی اموات میں سے تقریباً نصف ایسی ہوتی ہیں جن کا سبب مرض قلب کی کوئی نہ کوئی شکل ہوتی ہے اور جو معتد بہ مدت تک رہ چکی ہوتی ہے۔ یہ مرض مصارعی مرض (valvular disease) اور مرض شرائین اکلیلی (disease of coronary arteries) اور قلب شحمی (fatty heart) مزمن التہاب عضلات قلب (chronic myocarditis) سے پیدا شدہ صلابت پر مشتمل ہوتا ہے۔ قلب کا ازخود انشقاق بھی واقع ہوتا ہے اور زیادہ تر مردوں میں۔ محل انشقاق قریب قریب بغیر کسی استثناء کے بائیں بطینہ کے سامنے کی جانب ہوتا ہے۔ ضربی انشقاق میں قلب کی دائیں جانب اور بالعموم اذن بائیں جانب کے مقابلہ میں ۷۰ اور ۵۴ کی نسبت سے زیادہ مبتلا ہوتا ہے۔

شیر خوار بچوں میں ناگہانی اور غیر متوقع موت کا سبب اکثر اوقات خلقی مرض قلب ہوتا ہے اور یہ سبب ایسے بہت سے واقعات میں پایا گیا ہے جہاں جلد کی نیلگونی اور اختناق کی دیگر امارات سے اس بات کا شبہ ہوا ہے کہ موت بچہ کی بر افتادگی (overlying) سے واقع ہوئی ہے۔ اگر بچہ کا دوران خون پہلے سے گرانبار ہو تو تازہ ہوا کی رسائی میں نسبتہً ذراسی مداخلت بھی مہلک ثابت ہو سکتی ہے۔ بقول اسپلسبری (Spilsbury) عام ترین نقص یہ ہوتا ہے کہ مفتوح قناۃ شریانی (ductus arteriosus) بے حد کشادہ ہوتی ہے۔ بیضوی سوراخ (foramen ovale) کا مفتوح ہونا بھی خاصہ عام ہے۔

لہ۔ "ناگہانی موت" پریکٹیشنر (practitioner) ۱۹۱۷ء

فوری اموات کے اسباب میں سے دوسرے درجہ پر سکتہ اور دیگر
مماثل دماغی اضرار شمار ہوتے ہیں۔ یہ ذہن نشین رکھنا چاہیے کہ شرائین دماغی
کے چھوٹے چھوٹے اینورزم (aneurisms) کبھی کبھی نوجوانوں میں اور حتیٰ کہ بچوں 28
میں بھی پائے جاتے ہیں جو خود بخود پھٹ کر سکتہ کی وجہ سے فوری موت
واقع کرتے ہیں۔ مزمن الکحلیت جو اسباب موت فوری میں سے ایک قوی سبب
ہے، اکثر اوقات سرعت سے اختتام پانے والے دماغی اور قلبی امراض کا پیشرو
ہوتی ہے۔ جب فوری موت، اختناق کا نتیجہ ہو تو اس کے اسباب یہ ہو سکتے
ہیں: مزمار کا اذیما (oedema)، قصبۃ الریہ میں غشائی جماؤ، یا قصبۃ الریہ پر کسی
بیرونی نوساخت کا دباؤ۔ تشنج احبال الصوتیہ (vocal cords)، شہقہ
یا کگڑ کھانسی (whooping cough)، دمہ (asthma)، سدادیت الریوی
(pulmonary embolism) سدادیت الہوا (air embolism)، کسی رگ
یا اینورزم کا پھٹ کر ہوا کی گزرگاہوں میں پھٹ جانا، الستر واح الصدر
(pneumo-thorax)، دم فی الصدر (hæmo-thorax)، پلوری التہابی انصباب
(pleuritic effusion) اور صرع (epilepsy)۔ مندرجہ ذیل میں سے
فرداً فرداً ہر ایک سریع موت واقع کر سکتا ہے: معدے یا آنت کے قرح
کا پھٹ جانا، اینورزم (aneurism) یا دوالی ورید (varicose vein) یا
حمل خارج الرحم (ectopic gestation) کے ماحول کا پھٹ جانا، حول الرحم
میں قیلۂ دموی کا متشکل ہونا۔ ذیل کے امراض بھی غیر متوقع تیزی سے اختتام پذیر
ہو سکتے ہیں: التہاب گردہ، تسمم بولی اور سکتہ، ذیابیطس، کائتر جحوظی (exoph-
thalmic goitre)، ایڈیسن کا مرض (Addison's disease)۔ علاوہ بریں لبلبہ
میں نزف کبھی کبھی فوری موت کا باعث ہوتا ہے۔ بظاہر اس کا سبب
ہم پہلو مراکز عصبی پر دباؤ پڑنا ہے۔ یہ سب سے زیادہ عام چالیس سال سے
اوپر کے مردوں میں ہوتا ہے لیکن ایک ۲۴ سالہ عورت میں بھی واقع ہو چکا
ہے۔ مرض قلب، فربہی اور شراب کا ناجائز استعمال اس کے عمدہ اسباب معلوم
ہوتے ہیں، مگر بعض اوقات ایسے دبلے پتلے مجتنب اشخاص میں ہوتا ہے جو

ظاہری مرض سے مبرا ہوتے ہیں۔ کئی مثالوں میں فوری موت بڑھی ہوئی طحال کے ازخود پھٹ جانے سے واقع ہوئی ہے جو منطقہ حارہ کے ملیریائی اثرات کا نتیجہ ہوتی ہے اور اس کے پھٹنے سے ذرا پہلے مریض بظاہر بالکل تندرست ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ طحال محض ہاتھ کی ہتھیلی کی تھپک ہی سے پھٹ جائے اور موت جو اس طرح سے واقع ہو وہ تشدد مجرمانہ کی طرف منسوب کی جائے۔ ذیل کے بعض امراض میں یہ ممکن ہے کہ سخت باحتیاط امتحان بعدالموت کے باوجود سبب موت معلوم نہ ہو: مثلاً احبال الصوتیہ کا تشنج، شہقہ (whooping cough)، اور دمہ (asthma) میں۔ ممکن ہے کہ صرع اپنے امتیازی مناظر باقی چھوڑے یا نہ چھوڑے جو یہ ہیں: زبان کا تازہ تضرر، ملتحمہ اور چہرہ اور گردن اور گاہے گاہے دھڑ پر تنیلات (ecchymoses)۔

۲۔ بعض امراض ایسے ہیں جو مہلک ہونے کی صورت میں بالعموم فوری اختتام نہیں پاتے مگر استثنائی طور پر ایسا کرتے ہیں اور وہ یہ ہیں: دماغ کے پھوڑے اور رسولیاں، ڈفتھیریا (diphtheria)، التہاب قصبتہ الریہ (tracheitis)، التہاب اسحیہ (meningitis)، بڑھا ہوا غدہ درقیہ، سکتہ الریوی (pulmonary apoplexy)، ذات الریہ (pneumonia)، دق (phthisis)، استرواح الصدر (pneumothorax)، ذات الجنب (pleurisy)، التہاب درون قلبی تقرحی (ulcerative endocarditis)، التہاب غلاف القلب انضمامی (adherent pericarditis)، تلافیف الامعا (volvulus) اور حاد معائی انسداد کے دیگر اسباب (acute intestinal obstruction)، التہاب باریطون (peritonitis)، قولنج حصاۃ صفراوی (gallstone colic)، جگر یا کسی اور مقام کے دودہ کیسیہ (echinococcuc) کا انشقاق، انفلوئنزا (influenza)، نقرس (gout)، روماٹزمی تپ (rheumatic fever)، برائٹ (Bright) کا مرض۔ جب یہ امراض پورے طور پر نمو پا جائیں تو عموماً نقل و حرکت میں مانع ہوتے ہیں، مگر بعض اوقات خفی یا انتقالی (ambulatory) شکل میں پیدا ہو کر یکایک خاتمہ کر دیتے ہیں، اور ان کی موجودگی کا شک تک نہیں ہوتا۔

الیویر[1] (Ollivier) ایک ایسے شخص کا واقعہ درج کرتا ہے جو اَتناٹے کار
میں علیل ہوا اور بستر پر لیٹنے کے بعد ۴ گھنٹے میں مر گیا ۔ امتحان کے موقعہ پر
سبب موت التہاب سحائی قیعی پایا گیا ۔ بالخصوص بچوں میں، درمیانی کان
کے دیرینہ مرض کے باعث التہاب سحائی قیعی سے غیر متوقع موت واقع
ہو سکتی ہے ۔ ممکن ہے حاد مرض جس رفتار سے موت کی طرف ترقی کرتا ہے وہ انتہا درجہ
تیز ہو۔ اسٹراسمین[2] (Strassmann) نے دو نوجوان عورتوں کی لاشوں کا امتحان کیا۔ بستر پر
جانے کے وقت ان کی طبیعت بہت ٹھیک نہیں تھی اگرچہ وہ دن میں
اپنا معمولی کام بھی کرتی رہی تھیں ۔ دوسرے دن بستر پر مردہ پائی گئیں اور
موت کا سبب ڈفتھیریائی (diphtheritic) خناق پایا گیا جو سرعت سے قصبتہ الریہ
میں نیچے پھیل گیا تھا۔ ڈفتھیریا (diptheria) فشل قلب کے باعث درجہ نقاہت
میں بھی غیر متوقع موت کا موجب ہو سکتا ہے ۔ فشل القلب ڈفتھیریا
کے ایسے خفی حملے کے بعد بھی ہو سکتا ہے جو نظر انداز ہو چکا ہو ۔ چنانچہ گتھری[3]
(Guthrie) نے ایک دو سالہ لڑکی کا معائنہ کیا جو فشل قلب کے باعث یکایک مر گئی اور 29
اس لڑکی کو ڈفتھیریائی التہاب فرج تھا۔ اس طرح کے حملے اور حتیٰ کہ وہ حملے جو
بالعموم پر اثر انداز ہوتے ہیں کئی اصابتوں میں نظر انداز ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ڈفتھیریا
کے بعد دائیں بطینہ میں تھکا بن کر سداد یت کی وجہ سے فوری موت واقع
ہو جائے ۔

جب بڑھا ہوا غدہ درقیہ ناگہانی موت کا سبب ہوتا ہے تو اس
وقت عموماً نہایت ہی بیش پر وردہ ہوتا ہے ۔ بعض اوقات کسی دوبرہ
میں نزف واقع ہو جاتا ہے اور اس دباؤ میں جو بیشتر کسی طرح بھی مہلک
بُہر پیدا نہ کر سکتا ، اضافہ ہو کر سرعت سے حبس دم پیدا ہو جاتا ہے حبس دم سے

---

[1] Arch. gen. de Med., T. I. Serie 3e

[2] Lehrbuch d. gericht. Med., 1895.

[3] The Lancet 1894

واقع ہونے والی موت کے کچھ استثنائی اسباب بھی ہو سکتے ہیں۔ ایک آدمی معمولی تندرستی کی حالت میں بالکل اچانک مر گیا۔ اور امتحان پر اس کے بائیں شعبہ میں ایک چھ انچ لمبا کینچوا پایا گیا اور حبس دم کی امتیازی امارات بھی موجود تھیں۔ اس کی ایک اور مثال وہ واقعہ ہے جو کہ صفحہ 177 پر بیان کیا گیا ہے۔ یہ بھی ہو سکتا ہے کہ معدہ کے مشمولات قے ہو جائیں اور ان کا کچھ جزء ہوا کی گزرگاہوں میں کشش ہو کر فوری موت کا سبب ہو۔ مثالوں کے لئے ملاحظہ ہو صفحہ 176۔

ممکن ہے کہ ذات الجنب بالانصاب کسی آدمی میں سانس میں حقیقی مداخلت کئے بغیر موجود ہو جو حسب معمولی چل پھر رہا ہو اور ذراسی مشقت یا خفیف سی ضرب سے یا ان دونوں کے بغیر ہی فی الفور مر جائے۔ برورڈل[1] (Brouardel) ایک پولیس کے جوان کا واقعہ بیان کرتا ہے کہ وہ حبس آدمی کو گرفتار کر رہا تھا، اس کی مشت سے اس کی چھاتی پر گھونسہ لگا اور وہ گر پڑا اور مر گیا۔ دایاں پلوری کہفہ سیال سے لبریز پایا گیا۔ مگر موت کی کوئی اور نشانی موجود نہ تھی۔ ذات الجنب بالانصاب میں محض تبدیل نشست سے جیسے بستر پر سے اٹھنے پر یا امتصاصی (aspirating) سوئی کے پلوری کہفہ میں گذرنے سے ناگہانی موت کا سخت خطرہ لاحق ہو جاتا ہے اور موت یا تو فوراً ہی یا کچھ ساعت کے وقفہ کے بعد واقع ہو جاتی ہے، حالانکہ بحران مناظر کے جو مرض کے معمولی عمر کی تکمیل سے پیدا ہوتی ہیں کوئی بعد الموت مناظر موجود نہیں ہوتے ہو سکتا ہے کہ ذات الریہ خفی ہو اور بہت ہی ناگہانی موت کا موجب ہو۔ اسٹراسمین[2] (Strassmann) ایک پنجاہ سالہ شخص کا واقعہ بیان کرتا ہے جو کسی وقت تسجیل میں مزدوری کے متعلق دریافت کر رہا تھا کہ اسی اثنا میں وہ گر کر مر گیا۔ امتحان پر دائیں پھیپھڑے کا بالائی لخت تمام تر تکبد رمادی

[1] La mort et la mort subite, 1895

[2] Lehrbuch d. gericht. Med. 1895.)

(grey hepatisation) کی حالت میں پایا گیا۔ معمر لوگوں میں پوشیدہ ذات الریہ اکثر اوقات ناگہانی موت کا سبب ہوتا ہے حالانکہ مریض بظاہر موت کے دم تک معمولی طور پر باصحت رہتا ہے۔ امتحان بعد الموت پر بجز ان تشریحی تغیرات کے جو مرض کی معمولی اصابتوں میں مشترک طور پر پائے جاتے ہیں کچھ معلوم نہیں ہوتا۔ اگر معدہ حد سے زیادہ بھرا ہوا ہو تو ممکن ہے کہ کسی ایسے مرض میں فوری موت کا سبب ہو جو شاذ و نادر ہی اس طرح ختم ہوتی ہے۔ اسٹرجز (Struges) اور ولکنز (Wilkins)[1] نے ایک ہفت سالہ لڑکے کا واقعہ بیان کیا ہے جس کی صحت بظاہر اچھی تھی۔ اس نے پیٹ بھر کر کھانا کھایا اور بعدازاں کرکٹ کے کھیل میں ڈیڑھ گھنٹہ تک مشغول رہا۔ پھر اسکول کی طرف دوڑا اور بیہوش ہو کر گر پڑا اور اسی دم مر گیا۔ امتحان بعد الموت پر تازہ التہاب غلاف القلب کا تنہا ضرر پایا گیا۔ ناگہانی موت کے اکثر واقعات میں شکار موت اس گھڑی کسی نہ کسی شکل کی جسمانی مشقت کر رہا ہوتا ہے مثلاً تھکانے والا کھیل کھیلنا، ریل گاڑی کے لئے دوڑنا، زینہ چڑھنا یا خانہ کرنا، یا مجامعت میں مشغول ہونا۔

ایک واقعہ جسے ریک[2] (Rake) نے درج کیا ہے حادثات الامعا سے واقع شدہ ناگہانی موت کی مثال پیش کرتا ہے۔ ایک پنجاہ سالہ طاقتور شخص باغبانی کر رہا تھا۔ کہ اس پر قے اور درد شکم کا حملہ ہوا اور وہ دو گھنٹہ میں مر گیا۔ امتحان لاش پر قولون مستعرض کا التفاف (volvalus of the transverse colon) پایا گیا۔ اغلب ہے کہ موت شمسی ضفیرہ (solar plexus) میں اختلال کا نتیجہ تھی بعض اوقات خفی یا انتقالی تپ محرقہ (typhoid) میں آنت کا قرحہ پھٹ جاتا ہے مگر اس مرض میں ناگہانی موت قرح کے پھٹنے کے بغیر بھی واقع ہو سکتی ہے جو عموماً تیسرے ہفتے کے آغاز میں بظاہر سریع یا فوری امتناع قلب کی وجہ سے واقع ہوتی ہے۔

---

[1] The Lancet 1885.

[2] The Lancet, 1889.

30 ڈی ویور[1] (Dewevre) نے اعداد جمع کئے ہیں جن سے معلوم ہوتا ہے کہ تپ محرقہ سے واقع شدہ ناگہانی موت بیس اور پچیس سال کی عمروں کے درمیان اپنے عدد اعظم کو پہنچتی ہے اور ذکور میں بہ نسبت اناث کے زیادہ عام الوقوع ہوتی ہے۔ بچوں میں ناگہانی موت تپ محرقہ کے ابتدائی درجے میں ہوسکتی ہے یعنی عین اس وقت جبکہ معائی جرابیں (intestinal follicles) متورم ہونا شروع ہوتی ہیں۔

گاہے مرض برائٹ، حاد یا مزمن دونوں قسم کا ناگہانی موت کا باعث ہوتا ہے قطع نظر اس کے کہ تسمم بولی یا سکتہ واقع ہو۔ ترقی یافتہ انقباضی گروہ کے مرض میں ناگہانی موت واقع ہوسکتی ہے، بغیر اس کے کہ دماغ یا کسی اور جگہ میں موت کی علت غائی کی کوئی بعد الموت نشانی پائی جائے۔ گاہے گاہے ناگہانی موت مُسِن لوگوں میں ہوجاتی ہے جو نقرس میں مبتلا ہوں یا حد سے زیادہ فربہ ہوں مگر موت کے حقیقی سبب کا کوئی بعد الموت ثبوت نہیں ملتا۔ کیش[2] (Kisch) نے فربہ اشخاص میں ناگہانی موت کے تیس واقعات درج کئے ہیں۔ اس موت کا سبب ۱۲ میں ششوں کا حاد اذیما، چھ میں نزف اور ایک میں انشقاق قلب تھا۔ سات اشخاص پچاس سے کم عمر کے اور گیارہ اشخاص اس سے زیادہ عمر کے تھے۔ پندرہ مرد تھے اور چار عورتیں۔ ریحی تپ (rheumatic fever) میں بیش تپ (hyperpyrexia) کی اصابتوں سے قطع نظر بھی کر لیں تو بھی اس سے ناگہانی اور غیر متوقع موت واقع ہوسکتی ہے۔

معدمات حس کے زیر اثر واقع شدہ اکثر اموات میں موت کا سبب وہ مرضیاتی حالت ہوتی ہے جس کی وجہ سے معدم حس دینے کی ضرورت پڑی ہو۔ ان اموات میں خبیث ساختوں نے بڑھ چڑھ کر حصہ لیا ہے

---

[1] Arch. gen.de Med., 1887.

[2] Berliner klin. Wocnenschr, 1886.

اکثر اوقات مریض اس قدر علیل ہوتا ہے کہ یہ خیال پیدا ہوتا ہے کہ معدم حس نے موت واقع کرنے میں بہت ہی کم حصہ لیا ہوگا۔ لیکن اس قسم کی اموات کی متعدد مثالوں میں جن میں جراحتی عملیہ یا مرضیاتی حالت اس قدر شدید نہ تھی کہ اس کو سبب الموت قرار دیا جائے۔ بعد الموت امتحان پر ایک حالت پائی گئی ہے جو حالتِ لیمفاوی (status lymphaticus) کے نام سے موسوم ہے۔ دوران حیات میں یہ خرابی عموماً غیر مشتبہ رہتی ہے اور غدہ تھائمس (thymus) کی بقا اور جسم کے مختلف حصص میں لمفا سا بافت کی افزونی اس کی امتیازی خصوصیت ہے۔ طحال اور لمفی غدو بڑھ جاتے ہیں۔ اور قلب میں بالعموم شحمی نوعیت کے انحطاطی تغیرات نظر آتے ہیں۔ اسپلسبری (Spilsbury) نے معدمات حس کے زیر اثر واقع ہونے والی ۱۸۳ اموات کا تجزیہ کرنے پر ۴۸ واقعات میں لمفاوی حالت (status lymphaticus) دیکھی ہے اور اس نے دیگر عام معدمات حس کی بہ نسبت کلوروفارم (chloroform) کے زیر اثر واقع شدہ اموات کی تعداد بہت زیادہ پائی ہے۔ اس کا یہ خیال ہے کہ حالیہ سالوں میں معدمات حس کے زیر اثر واقع شدہ اموات کی تعداد میں جو تخفیف ہوئی ہے اس کی وجہ کلوروفارم کی جگہ کھلے ایتھر (ether) کا وسیع استعمال ہے۔ مختلف مصنفوں نے بُہر (dyspnea) کی ایک حالت بیان کی ہے[1] جو بڑھے ہوئے تھائمس غدہ کے دباؤ سے پیدا ہوتی ہے مگر تھرسفیلڈ (Thursfield) کے نزدیک ایسے واقعات بہت ہی شاذ ہوتے ہیں اور اس کا خیال ہے کہ بڑھے ہوئے تھائمس غدہ کی بہ نسبت عمیق غدود کی کلانی کا دباؤ ایک سبب ہونا زیادہ ممکن امر ہے اور اس نے اس بات کے ماننے کے لئے دلائل پیش کئے ہیں کہ اکثر واقعات میں دباؤ کے علاوہ کوئی اور عامل موت کا سبب ہوتا ہے۔

۳۔ اگر ناگہانی موت میں بعد الموتی آثار نہ پائے جائیں تو اکثر اوقات

لہ Berliner klin. Wochenschr, 1886.

[2] Transactions of the Royal Society of Medicine.

یہ موت کسی ایسے بیرونی صدمہ کا نتیجہ ہوتی ہے جو (ا) بلا واسطہ یا (ب) بالواسطہ نظام پر اثر انداز ہوا ہو۔

(ا) ایسے متعدد واقعات درج ہیں کہ کوئی شخص انتہائی ذہنی تحرّک کی حالت میں ہوتے ہوئے محض ایک نفسی ہیجان کی وجہ سے دفعتہً مر گیا ہے۔ مارچل[له] (Marchal) بیان کرتا ہے کہ کسی فوجی قیدی کو ہسپتال میں منتقل کیا گیا تھا۔ جب طبیب اس کے سابقہ چال چلن کا بیان پڑھ رہا تھا تو اس اثنا میں قیدی جسے جیل میں واپس بھیجے جانے کا انتہائی خوف لاحق تھا، سخت اضطراب کی حالت میں دیکھا گیا۔ وہ یکایک پیچھے کی جانب گر کر مر گیا۔ امتحان لاش پر دماغی انسجہ کے احتقان کے سوا کوئی ضرر موجود نہ تھا۔ [ملاحظہ ہوں وہ واقعات بھی جو صفحہ 254 پر مشکا (Maschka) اور ٹمپل مین (Templeman) سے نقل کئے گئے ہیں] ایسی موت جیسی کہ ان واقعات میں ہوتی ہے عموماً مرض قلب کی طرف منسوب کی جاتی ہے، مگر ان اموات میں جو مرض قلب کا نتیجہ ہوتی ہیں اور ان اموات میں جو مراکز عصبی کے انتہائی اختلال سے ایسے قلب کا امتناع واقع کر دیتی ہیں جس میں مرض کا کوئی شائبہ نہیں ہوتا امتیاز کرنے کی ضرورت ہے۔ موت کے بعد ایک مشتبہ قلب میں مرض کے ثبوت کی تلاش کرتے وقت یہ ذہن نشین رکھیں کہ شرائین اکلیلی کے منہ پر اتھروما (atheroma) کا موجود نہ ہونا یا ان کے منہ کا تنگ نہ ہونا ذبحہ (angina) کو سبب کی حیثیت سے خارج از بحث کرنے کیلئے کافی نہیں ہے۔ یہ ضروری ہے کہ شرائین اکلیلی کو ان کی تمام لمبائی میں کھول دیا جائے کیونکہ ہو سکتا ہے کہ مقام انسداد فم سے کچھ فاصلہ پر ہوا اور فم بجائے خود بالکل مفتوح ہو۔ 31

(ب) نظام عصبی پر جب کوئی بیرونی صدمہ بلاواسطہ اثر انداز ہوتا ہے تو کسی ایسی خفیف طبیعی ٹکر یا تضرر کے ذریعہ ہوتا ہے جو بنفسہ موت واقع کرنے کے لئے ایک بالکل ناکافی سبب ہوتا ہے مگر چونکہ یہ امر شدت خوف

له Bonin, De da mort subite.

یا انتہائی دہشت کے دوران میں واقع ہوتا ہے لہذا اس سے ممکن ہے کہ فعل تقلب کا یکایک کامل طور پر امتناع ہو جائے یا یہ فعل بعض مثالوں میں حد درجہ پست ہو جائے۔ آخر الذکر حالت میں ممکن ہے کہ اس علتی واقعہ کے پیش آنے کے بعد موت کئی گھنٹے تک وقوع پذیر نہ ہو۔ اس کی مثال ذیل کے واقعہ سے ملتی ہے جسے بونس[1] (Beaunis) نے بیان کیا ہے۔ ایک آدمی پر جو جنگلی چوپایوں کے شکار میں مشغول تھا ایک چیتا جھپٹ پڑا۔ چند عربوں نے جو پاس کھڑے تھے اس چیتے کو فوراً گولی سے مار ڈالا۔ مجروح کا معاینہ کرنے سے معلوم ہوا کہ چیتے کے پنجوں سے شانہ پر صرف چھچھے ہوئے زخم آئے ہیں مگر یہ اس قدر خفیف ہیں کہ ان سے خون تک نہیں ٹپکتا۔ یہ شخص سخت وہشت زدگی کی حالت میں پڑا رہا حتیٰ کہ دوسرے دن مر گیا۔ امتحان بعد الموت پر ایسا کوئی ضرر نہ پایا گیا جس سے موت کی توجیہہ ہو۔ نشانات پنجہ بالکل اوپری تھے۔ ایک اس سے بھی عجیب تر واقعہ جو ہندوستان میں پیش آیا فرانسز[2] (Francis) نے درج کیا ہے۔ ایک شخص کو اس احساس نے نیند سے بیدار کر دیا کہ اس کی برہنہ ٹانگوں پر کوئی شئے رینگ رہی ہے۔ چونکہ اسے سانپوں کا شدید خوف رہتا تھا وہ یہ سمجھا کہ کوئی ناگ ہے اس سے اس پر غش طاری ہو گیا اور وہ چھ گھنٹے میں مر گیا موت واقع ہونے سے بیشتر یہ معلوم ہو گیا کہ اس کے خوف کی وجہ ایک بے ضرر چھپکلی (lizard) ہے۔ لیکن مریض اس شدت سے مہبوط ہوا کہ وہ صحتیاب نہ ہو سکا فی الحقیقت محض چھونے سے فوری مہلک اثر کے پیدا ہونے کی مثال ہمیں اس واقعہ سے ملتی ہے جو ڈوپیٹرین[3] (Dupuytren) کو پیش آیا۔ وہ ایک لڑکے پر لتھاٹومی کا عملیہ کرنا چاہتا تھا، جب اس نے ناخن انگشت کو عجان پر پھیر کر طلبا پر مجوزہ شگاف کے خط کا مظاہرہ کیا تو وہ لڑکا یکایک گر کر مر گیا۔ ایک

---

[1] Vincent, Des causes de la mort prompte.

[2] Med. Press and Circ; 1883.

[3] Nussbaum, Uber Unglucke in der Chirurgie

سرجن کسی موٹی تازی عورت کے مثانہ کا امتحان بذریعہ قثاطیر (catheter) کر رہا تھا کہ اس اثنا میں عورت نے آنکھیں بند کیں اور ایکدم سے مرگئی۔ بان وے لاٹ[1] (Bonvalot) نے بیان کیا ہے کہ مجرمانہ اسقاط حمل واقع کرانے کی غرض سے ایک عورت کے فم الرحم میں پچکاری کا قنولچہ (canula) داخل کیا گیا۔ قبل اس کے کہ سیال کا کچھ حصہ مُشرب ہو وہ عورت پیچھے گری اور چند لمحوں میں مرگئی۔ بہت سے واقعات ایسے بھی درج ہیں کہ ناگہانی موت کا وقوع عین درون رحمی اشراب کی اثنا میں ہوا۔ اسپلزبری[2] (Spilsbury) نے ایک چشم دید واقعہ کے متعلق ذیل کی تفصیل دی ہے۔

ایک نوجوان شادی شدہ عورت جو ایک بچہ جن چکی تھی، ایک شام کو ۱½ گھنٹہ تک گھر میں اکیلی رہ گئی۔ جب خاوند واپس آیا تو اس نے دیکھا کہ وہ شبخوابی کے کپڑوں میں خوابگاہ کے فرش پر پشت کے بل مردہ پڑی ہے۔ چادر پر جو اس کے نیچے فرش پر بچھی ہوئی ہے ایک حقنہ کی ربڑ کی پچکاری ہے جس کا ایک سرا پڈنگ بیسن (pudding basin) میں ہے۔ یہ بیسن (basin) صابن کے ایک مرتکز محلول سے جو ٹھنڈا ہو کر جم گیا ہے نصف پُر ہے۔ اس قسم کے صابن کا محلول، پچکاری کے جوفہ (bulb) میں بھی ہے۔ دوسرا سرا خون آلود تھا اور اس کی ٹانگوں کے درمیان پڑا تھا۔ بعد الموت امتحان پر، وہ ایک تندرست عورت پائی گئی جس کو تقریباً ۲½ ماہ کا حمل تھا عنق الرحم قدرے متسع تھی اور اس کے بیرونی فم کے ارد گرد متعدد چھوٹی چھوٹی دریدگیاں تھیں رحم کے اندر ایک مکمل بیضہ موجود تھا مع اغشیہ کے جو مشقوق نہ تھے، مگر پچھلی سطح پر کچھ دور تک دیوار سے جدا شدہ تھے اور درمیانی جگہ میں صابن کا محلول بھرا ہوا تھا۔ کوئی شدید تضرر نہیں
32 لگا تھا۔ ناگہانی موت کا سبب وہ صدمہ تھا جو اسقاط حمل واقع کرنے کی غرض سے رحم میں سیال داخل کرنے سے ہوا تھا شہادت سے یہ امر ثابت نہ ہو سکا کہ اس کو کسی اور شخص نے بھی ارتکاب جرم میں مدد دی تھی۔

---

۱ Annales d' Hygiene 1892.

۲ In the works cited.

دو اور بہت ہی مماثل واقعات ہیں جن کے متعلق اسی طبیب نے ذکر کیا ہے بیرونی فم الرحم میں تھوڑا سا اتساع موجود تھا مگر رحم کے اندر سیال کا اشراب نہیں کیا گیا تھا۔

ایک سے زیادہ موقعہ پر ایسا ہوا ہے کہ عورتیں سادہ اصبعی فرجی امتحانِ مہبلی کرنے پر یکایک مر گئی ہیں۔ برورڈال[1] (Brouardel) نے ایسا ہی ایک واقعہ ہسپتال میں دیکھا اور اس نے بیان کیا ہے کہ مجھے دو اور واقعات کا بھی علم ہے جو اطبا کے مطب میں پیش آئے۔ یہ ذہن نشین رکھنا ضروری ہے کہ مثانہ، مجری البول اور اعضاء تناسل جسم کے ان حصص میں داخل ہیں، جن کو یکایک چھیڑیں یا دبائیں تو امتناع قلب کی وجہ سے ناگہانی موت وارد ہو جانے کا استثنائی (exceptional) خطرہ پیدا ہو جاتا ہے۔ اس قسم کے دیگر حصص یہ ہیں:۔ ناک کی گذرگاہیں، حنجرہ، شراسیف (epigastrium) [ملاحظہ ہو لینسٹ ۱۸۹۷ (Lancet, 1897) میں وہ مضمون جو کہ مصنف نے ناگہانی موت پر لکھا ہے]۔

باب
اماراتِ موت، اور مرنے کے بعد تغیرات جسمانی

تنفس اور دوران خون کے ساتھ ساتھ جو حرکات واقع ہوتی ہیں جیوانی زندگی کی موجودگی کی دو بدیہی ترین علامات ہیں۔ اگر قلب اور پھیپھڑوں کی حرکات کی امارات موجود ہوں تو ظاہر ہے کہ موت واقع نہیں ہوئی۔ اگر پھیپھڑے کام کرنا موقوف کر دیں تو ہو سکتا ہے کہ اس کے بعد قلب کئی منٹوں تک حرکت کرنا جاری رکھے اور یہ بھی اس امر کی قطعی دلیل ہے کہ موت واقع نہیں ہوئی جب قلب اور پھیپھڑے دونوں کام کرنا موقوف کر دیتے ہیں تو کچھ مدت تک بافتوں میں حیوانیت

[1] La morte et la morte subite, 1895.

باقی رہتی ہے اور اس مدت میں حتمی طور پر کہنا مشکل ہے کہ یہ شخص مر گیا ہے۔ یہ اجزا کی باقی ماندہ حیویت ہی کی وجہ سے ہے کہ ان بڑے بڑے تفاعلوں کے عارضی تعطل کے بعد بھی جو زندگی کو برقرار رکھتے ہیں اس وجود میں جو ان اجزاء کا مجموعہ ہے احیاء کی استعداد باقی رہتی ہے۔ اگر قلب مستقل طور پر حرکت کرنا موقوف کر دے تو بافتوں کی حیویت بتدریج کم ہو جاتی ہے حتیٰ کہ آخر میں ایک ایسا درجہ آجاتا ہے جبکہ موت مطلق اور کلی ہو جاتی ہے۔ جب یہ درجہ آجائے تو اس وقت احیا غیر ممکن ہوتا ہے مگر اس سے پیشتر غیر ممکن نہیں ہوتا۔

طبی قانون داں کے لئے یہ نہایت ضروری ہے کہ وہ نظامی یعنی بدنی اور بافتی یعنی سالماتی موت کے امتیاز کو بخوبی سمجھ لے۔ مثلاً عمیق غشیان میں موت کے تمام ظاہری مناظر موجود ہوتے ہیں مگر دل کا تفاعل پھر جاری ہو جائے تو مریض صحتیاب ہو جاتا ہے۔ اس سے یہ لازم آتا ہے کہ موت کے بعد کے مظاہر کا بڑے غور سے مطالعہ کرنا چاہئے تاکہ ظاہری اور حقیقی موت میں امتیاز کیا جا سکے۔

اس امر کے متعلق رائے قایم کرنے میں کہ آیا قلب اور پھیپھڑے کام کرنا چھوڑ چکے ہیں یا نہیں ہمیں استماع (auscultation) سے مدد ملتی ہے بشرطیکہ یہ احتیاط سے انجام دیا جائے اور حسب ضرورت تھوڑے تھوڑے وقفہ کے بعد اس کا اعادہ کیا جائے۔ تحقیقات کے دوران میں مکمل سکوت قایم رکھنے کی ضرورت ہے اور یہ تحقیقات بڑے غور و خوض کے ساتھ انجام دینی چاہیئے۔ اگر طبیب غلطی سے یہ فیصلہ دے دے کہ موت واقع ہو گئی ہے تو اس کی اس غلطی کی ایسی بدیہی طور پر تردید ہو سکتی ہے کہ جس سے اس کی نیک نامی کو نقصان پہنچتا ہے اور جو امر کہ اس سے بھی ہزار درجہ اہم تر ہے وہ یہ ہے کہ اس قسم کی لغزش ایک ایسی غلطی کا موجب ہوتی ہے جو تمام غلطیوں سے زیادہ مہیب ہے یعنی ایک زندہ انسان سے ایسا سلوک کرنا گویا کہ وہ مردہ ہے۔ یہ معلوم کرنے کے لئے متعدد کاشفات تجویز کئے گئے ہیں کہ دوران خون بند ہو گیا ہے یا نہیں۔ مثلاً مزعومہ مردہ شخص کے ہاتھوں کا منتقل روشنی سے معائنہ کرنا، اس لئے کہ دوران حیات میں انگلیوں کے کنارے سرے اور 33

جھلیاں سرخ اور نیم شفاف نظر آتی ہیں، مگر موت کے بعد اپنے کناروں تک غیر شفاف نظر آتی ہیں۔ اگر ایک انگلی میں رسی کا ٹکڑا باندھ دیا جائے تو اس انگلی کا بعید سرا متورم اور نیلی سی سرخ رنگت کا ہو جاتا ہے بشرطیکہ دوران خون جاری ہو، لیکن اگر یہ بند ہو گیا ہو تو کچھ اثر پیدا نہیں ہوتا۔ اکارڈ[1] (Icard) نے یہ تجویز کیا تھا کہ زیر جلدی طور پر ایک محلول کا انشراب کیا جائے۔ یہ فلوریسین (fluorescin)(resorcin-phthalein) سوڈیم بائی کارب (sodium bicarbonate) ایک ایک گرام مقدار پر اور جو ۸ مکعب سنٹی میٹر پانی میں حل ہو مشتمل ہو۔ اگر دوران خون جاری ہو تو پوری جلد اور مخاطی اغشیہ چند ہی لمحوں میں زردی مائل سبز رنگ اختیار کر لیتے ہیں اور فلوریسین (fluorescin) کو خون میں اس طرح شناخت کیا جا سکتا ہے کہ روئی کے چند دھاگے زیر جلدی طور پر (مقام انشراب سے کچھ فاصلے پر) داخل کر دیے جاتے ہیں اور پھر ان کو نکال لیا جاتا ہے۔ زاں بعد تھوڑے سے پانی میں جوش دینے پر ایک زرد رنگ کا محلول حاصل ہوتا ہے۔ اگر دوران خون بند ہو گیا ہو تو ایسے اثرات پیدا نہیں ہوتے۔

بدنی موت کے وقوع کے بعد یعنی جب تنفس اور دورانِ خون مستقل طور پر بند ہو چکا ہو، چند مظاہر ایک واضح ترتیب کے ساتھ پیدا ہوتے ہیں اور ان مظاہر میں سے اکثر میں کچھ وقت صرف ہوتا ہے جو اگرچہ اختلاف پذیر ہے تاہم محدود ہے۔ لہٰذا اگر یہ تحقیق ہو جائے کہ یہ مظاہر کس درجہ تک پہنچ چکے ہیں تو اس سے اس وقفے کے اندازہ لگانا کا موقعہ ملتا ہے جو موت اور وقتِ تفتیش کے مابین گذر چکا ہے۔ یہ مظاہر سالماتی موت کے وقوع کا ظہور ہیں۔ ان مظاہر کی ابتدا کی سرعت ایک حد تک ان حالتوں پر منحصر ہے جو اس حیوی توانائی کی مقدار کو متاثر کرتی ہیں جس سے کہ بافتیں بدنی موت سے فوراً بیشتر بہرہ مند ہوتی ہیں۔ یہ حالتیں بیماری، زہر، شدید ورزش، اور دیگر خستہ کرنیوالے اثرات پر شامل ہیں۔ اگر ان بافتوں میں بدنی موت کے وقت حیویت پست ہو تو یہ بافتیں سالماتی موت سے سرعت سے مغلوب ہو جاتی

---

[1] La Mort reele et la Mort apparente, 1897.

ہیں اور متوالی مظاہر کا سلسلہ جلدی سے واقع ہوتا ہے۔ اگر برخلاف اس کے، وقوع موت کے وقت وہ اپنی پوری فعالیت میں ہوں تو ان اعمال کی آمد کی جو حقیقت میں تحلیل کے پیشرو ہیں مدافعت کرتی ہیں۔

دوران خون اور تنفس کا انقطاع

بدنی موت کے وقت کالبدی عضلات (skeletal) اپنی تنش کھو دیتے ہیں اور مسترخی ہو جاتے ہیں اور اگر بوقت موت جسم اضطجاعی وضع پر ہو تو تنش کا اعدام فی الفور عمل میں آتا ہے۔ زیریں جبڑا گر جاتا ہے۔ آنکھوں کے پوٹے جزوی یا کلی طور پر کھلے رہ جاتے ہیں اور جوارح خم پذیر ہوتے ہیں۔ چہرے کی تنتی ہوئی شکل وصورت [یعنی منظر بقراطی (facies hippocratica)] جو موت کے وقت اکثر دکھائی دیتی ہے اب کم وبیش ایک پرسکون بشرے میں تبدیل ہو جاتی ہے، جس کی وجہ سے اکثر اوقات پاس کھڑے ہوئے لوگ کہہ اٹھتے ہیں کہ متوفی کا روپ اس روپ سے ملتا جلتا ہے جو اس کی جوانی میں ہوا کرتا تھا (یہ اکثر ان اشخاص کی صورت میں ہوتا ہے جو درمیانی عمر سے اوپر ہوں اور بہت لاغر بھی نہ ہوں) اس وجہی صورت کی تبدیلی کی وجہ یہ ہے کہ عضلات کا استرخاء خط وخال کی واضح ہیئت کو ہموار بنا دیتا ہے۔ آنکھوں کی چمک فوت ہو جاتی ہے اور ان میں ایک عجیب وحشتناک ٹکٹکی لگ جاتی ہے جو موت ہی سے مختص ہے۔ بوقت موت پتلیاں پھیل جاتی ہیں اور روشنی کی مجیب نہیں ہوتیں۔ مارشل[1] (Marshal) کہتا ہے کہ موت کے بعد پتلیاں ایک سے لیکر ۴۸ گھنٹہ کی اختلاف پذیر مدت تک سکڑتی رہتی ہیں اور یہ کہ ایٹروپین (atropine) موت کے بعد پتلیوں کو پھیلاتی ہے بعض صورتوں میں ۴ گھنٹے بعد تک۔ اور نیز یہ کہ اسرائن (eserine)

---

[1] The Lancet, 1885.

پتلیوں کو سکیڑتی ہے، مگر موت سے اتنی مدت بعد تک نہیں۔ بدن کی سطح ہونٹوں
سمیت زرد پڑ جاتی ہے ۔ مگر گلفام آدمیوں کا رنگ موت سے بعد بہت دن تک
قائم رہتا ہے۔ موت سے ۔ایا بارہ گھنٹے بعد مقلات العین مجھروں میں دھنس 34
جاتے ہیں اور مسترخی ہو جاتے ہیں حتی کہ اگر قرنیہ (cornea) کو ناخنِ انگشت
یا کسی اور سخت شئے سے دبائیں تو پیدا شدہ گڑھا بدستور قائم رہتا ہے ۔

بعد الموت تبرید

موت اس امتیاز کو جو ذی حیات اور غیر ذی حیات مادہ کے درمیان پایا جاتا ہے، زائل کر دیتی ہے اور اسی وجہ سے انسانی جسم موت کے بعد ان قوانین کا محکوم ہو جاتا ہے جو غیر ذی حیات اشیاء پر حکومت کرتے ہیں، اور وہ عجیب و غریب خاصیت جو بشرکت دیگر حیوانات انسان میں ودیعت رکھی گئی ہے یعنی اندرونی تپش کا درجۂ اعتدال پر برقرار رہنا خواہ گرد و پیش کی ہوا کی تپش کچھ ہی کیوں نہ ہو اب ضائع ہو جاتی ہے ۔ جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جسم اپنی حرارت کھو دیتا ہے اور آہستہ آہستہ لیکن تزائد کے ساتھ سرد ہو کر گرد و پیش کے واسطوں کی تپش تک پہنچ جاتا ہے ۔

ماحول کی تپش تک ٹھنڈا ہونے کے لئے جسم کو جو مدت بالعموم درکار ہوتی ہے وہ ۱۵ سے لیکر ۲۰ گھنٹے تک کی ہے مگر ظاہر ہے کہ اس بیان کو صرف ایک عمومی بیان کے طور پر تسلیم کیا جا سکتا ہے، اور موتیٰ کے سرد ہونے میں حقیقی مدت کتنی صرف ہوتی ہے اس امر کا انحصار کئی حالتوں پر ہے جن میں سے بعض تو اندرونی تعلق کی ہیں اور بعض بیرونی کی ۔

اندرونی تعلق کی حالتیں یعض امراض ایسے ہیں اور موت کے بعض اسلوب ایسے ہیں کہ ان سے واقع شدہ موت کے وقت حرارت جسمانی طبعی درجہ سے بہت زیادہ ہوتی ہے اور یہ صورت حالات ہیضہ،

روبیٹک (rheumatic) تپ، سٹرکنین کا تسمم، کزاز (tetanus) اور سکتہ کی دیگر اشکال میں دیکھی گئی ہے اور ہیضہ، حمّی اصفر (yellow fever) اور بعض دیگر امراض سے واقع شدہ موت کے بعد بعد الموتی ارتفاع تپش دیکھا گیا ہے۔ اگر بیرونی حالات یکساں ہوں تو جس موتی کی تپش بوقت موت ۸ یا ۱۰ درجے طبعی درجے سے زیادہ ہو گی اس موتی کی بہ نسبت جس کی تپش طبعی درجے پر ہے اس کے ٹھنڈا ہونے میں زیادہ عرصہ صرف ہو گا۔ اور موت کے بعض اسلوب ایسے ہیں کہ اگرچہ ان میں ارتفاع حرارت نہ بھی ہو تو بھی ان میں تبرید کی رفتار سست ہو جاتی ہے۔ دم گھٹنے سے واقع شدہ موت بالتشدد سے اور بعض دیگر اقسام کی اموات بھی یہ اثر پیدا کر سکتی ہیں۔ یہ امر کہ بوقت موت حالت تغذیہ کیا ہے معتد بہ اثر ڈالتا ہے۔ چنانچہ جو اجسام چربی سے گرانبار ہوتے ہیں وہ لاغر اجسام کی بہ نسبت کم سرعت سے ٹھنڈے ہوتے ہیں اور ان اشخاص کے اجسام جو عالم شباب میں ہوتے ہیں نہایت ہی کمسن اور نہایت ہی عمر رسیدہ اشخاص کی بہ نسبت زیادہ دیر سے ٹھنڈے ہوتے ہیں، جو لوگ متسہل یا لاغر کر دینے والی بیماریوں سے مرے ہوں وہ جلدی سے ٹھنڈے ہو جاتے ہیں کیونکہ ان میں موت سے قبل تپش غالباً زیر طبعی ہوتی ہے۔

بیرونی تعلقات کی حالتیں گرد و پیش کے واسطوں (media) کی تپش اور ان کی ایصال حرارت کی استعداد دونوں ایک اہم اثر ڈالتے ہیں۔ اگر لاش پانی کے اندر ڈوبی ہوئی ہو تو ہوا کی نسبت جلد ٹھنڈی ہو گی۔ کیونکہ اوپر کی ہوا سے پانی زیادہ سرد اور زیادہ اچھا موصل حرارت ہوتا ہے۔ ایک لاش جو سلوں پر ننگی پڑی ہوئی ہو اس لاش کی نسبت جو کپڑوں میں محفوظ اور بستر پر پڑی ہو جلدی ٹھنڈی ہو گی۔ مزید تخصیص کئے بغیر یہ امر تسلیم کیا جا سکتا ہے کہ لاش اور ارد گرد کے واسطوں کے مابین درجہ تپش میں جس قدر اختلاف ہو گا، وقت کی ایک مقررہ مقدار میں حرارت اتنی ہی زیادہ جلدی ضائع ہو گی، لہٰذا بعد الموت تبرید کی رفتار یکساں نہیں ہوتی بلکہ تپش کے اس اختلاف کے متناسب ہوتی ہے جو کسی مقررہ وقت میں لاش اور اس کے ماحول کے درمیان پایا جاتا ہے اس سے

یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ تبرید کی رفتار آخری ساعتوں کی بہ نسبت ابتدائی ساعتوں میں تیز تر ہوگی، کیونکہ آخری ساعتوں میں لاش کی تپش ماحول کی تپش کے زیادہ قریب ہوتی ہے۔ پہلے چند گھنٹوں میں اس رفتار کی اوسط ۲ یا ۳ درجہ فی گھنٹہ ہوتی ہے اور بعدہٗ ۱ درجہ فی گھنٹہ سے متجاوز نہیں ہوتی۔ معمولی صورتوں میں لاش کی تبرید کے لئے دو مدتوں کو کافی بتایا گیا ہے ان میں سے جو طویل تر مدت ہے یعنی بیس گھنٹے کی اس کو قطعی طور پر تو نہیں لیکن عملی طور پر صحیح تسلیم کیا جا سکتا ہے اس وجہ سے جو کہ ابھی بیان کی گئی ہے، تبرید کی رفتار اس حالت میں نہایت ہی
سست ہوتی ہے جب کہ لاش کی تپش ماحول کی تپش سے تھوڑی ہی مختلف ہوتی ہے 35
لہذا حرارت جسمانی کے آخری چند درجوں کے ضائع ہونے کے لئے ایک طویل عرصہ درکار ہے، گو کہ عملی اغراض کے نقطہ نظر سے اس اثنا میں لاش کو ٹھنڈی ہی قرار دیا جاتا ہے۔ یہ امر ذہن نشین رکھنا چاہئے کہ حرارت جسمانی کے ضیاع کو اسی صورت میں امارت موت تسلیم کیا جا سکتا ہے جب یہ ضیاع ترقی پذیر طور پر (progessively) مسلسل ہو کیسی مقررہ لمحہ کی تپش قابل اعتبار نہیں ہے کیونکہ یہ ممکن ہے کہ زندگی میں بھی معتد بہ طور پر زیر طبعی ہو۔

بعدالموت دھبے

تبرید کے ساتھ ساتھ جسم کے تابع (dependant) حصوں میں بعض بدرنگیاں پیدا ہو جاتی ہیں، جن کو موسوم کرنے کے لئے مختلف اصطلاحات استعمال کی جاتی ہیں، مثلاً رکود موتی (cadaveric hypostases)، تعنیل موتی (cadaveric ecchymoses)، بعدالموتی نیلگونیاں (lividities)، کدمات (sugillations)۔ شہادت دہی کے موضوع پر بحث کے دوران میں گواہی کے کٹہرے میں فنی اصطلاحات سے اجتناب کرنے کی ضرورت پر زور دیا گیا تھا۔ اسی مشورے کے سلسلہ میں یہ سفارش کی جاتی ہے کہ جب اس موضوع پر

بحث ہو تو ہمیشہ وہی الفاظ استعمال کرنے چاہئیں جو اس باب کا عنوان ہیں، کیوں کہ ان سے عام سننے والوں کو دیگر مترادف الفاظ کی نسبت مطلب زیادہ واضح طور پر سمجھ میں آجاتا ہے۔ بعد الموت دھبے اس طرح پیدا ہوتے ہیں کہ خون جو ہنوز سیال ہے۔ لاش کے تابع حصص کی وریدی جڑوں اور عروق شعریہ میں بکشش ثقل منتقل ہو جاتا ہے۔ اور بدیہی طور پر اُنکا انحصار اُس امر پر ہوتا ہے کہ لاش کس وضع پر پڑی ہے۔ اگر لاش پشت کے بل پڑی ہو تو کانوں کی لویں، کندھے، قطنی خطہ، سرین، بازوؤں اور ٹانگوں کے عقبی حصے، یہ تابع حصے ہونگے۔ اگر لاش مکبوب وضع میں پڑی ہے تو چہرہ، سینہ، شکم، بازوؤں اور ٹانگوں کے مقدمی حصے تابع حصے قرار پائیں گے۔ کشش ثقل کے علاوہ ایک اور سبب بھی ہے جو ان نتائج میں اضافہ کرتا ہے اور وہ عروق شعریہ کی دیواروں کی تنش کا ضیاع ہے جو بوقت موت واقع ہوتا ہے۔ یہ اثرات جو سیال خون کے بکشش ثقل منتقل ہونے سے پیدا ہوتے ہیں، سطح بدن تک محدود نہیں رہتے، بلکہ اندرونی اعضاء بھی ان سے متاثر ہو جاتے ہیں۔

چونکہ بعد الموت دھبوں کا ظہور خون کی سیالیت پر موقوف ہے لہذا سوال پیدا ہوتا ہے کہ موت کے بعد لاش کے اندر کب تک خون سیال رہتا ہے، جو خون کسی زندہ عضو سے نکالا گیا ہو، اس کی نسبت اس خون کی تردیب جو لاش کے اندر رہے، زیادہ دیر سے اور زیادہ آہستہ واقع ہوتی ہے۔ اور موت اور تردیب کے آغاز کے درمیان کتنا وقت گزرتا ہے، یہ صحت کے ساتھ بیان نہیں کیا جاسکتا۔ اس کے لئے تقریباً چار گھنٹے کی مدت ٹھیرائی گئی ہے۔ موت سے اس مدت کے بعد بڑی بڑی وریدوں میں تھکّے بن جاتے ہیں مگر تردیب کی رفتار بالخصوص چھوٹی وریدوں میں اس قدر سست ہوتی ہے کہ خون کا بیشتر حصہ کئی مابعد ساعتوں تک سیال ہی رہتا ہے۔ جب صورت حال یہ ہے تو موت کے بعد خون کی تردیب کی ابتدا ٹھیک ٹھیک کب ہوتی ہے، یہ امر بڑی اہمیت نہیں رکھتا اور تردیب میں جو مدت صرف ہوتی ہے وہ اس امر سے اور بھی اطالت پذیر ہو جاتی ہے کہ بوقت موت خون کی حالت کیا ہے۔ اگر

کاربن ڈائی آکسائیڈ (carbon dioxide) زیادہ موجود ہو تو اس سے تردیب سست ہو جاتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ جو اشخاص دم گھٹنے سے مرتے ہیں ان کے خون کی تردیب بہت ہی آہستہ ہوتی ہے۔

لاش کے باہر خون کی سست تردیب کے نمایاں خصائص ان خون کے تھکوں میں بھی تمیز کئے جا سکتے ہیں جو موتیٰ کے اندر بنتے ہیں۔ یعنی خون کے سرخ جسیمے (redblood corpuscles) تجمّد سے پیشتر زیریں طبقوں میں بیٹھ جاتے ہیں اور بدیں وجہ تھکے کے بالائی حصے میں ایک طبقہ کم و بیش بے رنگ کا پیدا ہو جاتا ہے۔ اس طرح تھکے کی جو دو طبقوں میں تقسیم ہو جاتی ہے طبی قانون داں کے لئے بہت اہمیت رکھتی ہے۔ اس لاش کے امتحان پر جس میں تردیب واقع ہو چکی ہے، تھکے لاش کی وضع سے متناظر ہونے چاہئیں اور رنگیں طبقہ لاش کی بالائی سطح سے دور تر ہونا چاہئے۔ اگر صورت حال یہ نہ ہو یعنی تھکے کا بے رنگ حصہ جسم کے تابع حصہ میں پایا جائے تو یہ اس امر کا ثبوت ہے کہ تردیب کے واقع ہونے کے بعد جسم کی وضع معکوس کر دی گئی ہے۔ خون کا
36 وہ تھکا جو لاش کے اندر موت کے بعد بنتا ہے وہ تقریباً اتنا سخت نہیں ہوتا جتنا کہ وہ تھکا ہوتا ہے جو زندگی میں نکالے ہوئے خون سے بنا ہو۔ قطع نظر اس موت کے جو دم گھٹنے سے ہوتی ہے ایسا معلوم نہیں ہوتا کہ عروق کے اندر تردیب خون کی رکاوٹ کاربن ڈائی آکسائیڈ (CO_2) کی موجودگی پر منحصر ہے، کیونکہ اگر اس خون کو جو موت سے بعد کئی گھنٹہ تک جسم کے اندر سیال پڑا رہا ہو، سیماب کے اوپر بغیر ہوا لگوائے وصول کیا جائے تو وہ جم جاتا ہے۔

اب ہم بعدالموت دھبوں کی طرف رجوع کرتے ہیں یہ موت سے ۴ تا ۱۲ گھنٹے بعد جسم کے تابع حصص میں نمودار ہونا شروع ہوتے ہیں اکثر دفعہ مذکورہ بالا مدت سے پہلے بھی دکھائی دیتے ہیں۔ اور دھندلے سے سرخ رنگ کے قطعوں سے جو نیلے نیلے سلیٹی رنگ کے بھی ہو سکتے ہیں بنے ہوتے ہیں۔ ابتدا میں ان کی وجہ سے جلد ایک چتی دار (mottled) منظر اختیار کرتی

ہے مگر آخیر میں منفرد قطعے آپس میں ملکر (coalesce) بدرنگی (discoloration) کے بڑے بڑے رقبے بنا دیتے ہیں۔ قطعوں کا خاکہ بے قاعدہ مگر خوب متمیز ہوتا ہے اور کنارے قریب کی بے رنگ جلد کے مقابلے میں بخوبی نمایاں (bold relief) ہوتے ہیں مگر رنگ دار حصے گرد و پیش کی جلد کے لیول سے اوپر مرتفع شدہ نہیں ہوتے گو بعد الموت دھبوں کا ظہور لاش کے اسفل حصوں میں ہوتا ہے تاہم جو حصے اس شئے سے متماس ہوتے ہیں جس پر لاش پڑی ہو، وہ مبرا رہتے ہیں اگر جسم معمولی وضع پر یعنی پشت کے بل پڑا ہو تو کندھے، سرین، پنڈلیاں اور ایڑیاں بے داغ رہتی ہیں۔ اس کا سبب یہ ہے کہ مذکورہ بالا حصے ایک طرف تو جسم کے بوجھ سے اور دوسری طرف اس نہ دبنے والی سطح کی مزاحمت کے درمیان آکر جو جسم کے بوجھ کو سنبھالے ہوئے ہیں مضغوط ہو جاتے ہیں اور یہ انضغاط خون کو جلد کے عروق میں بکشش ثقل منتقل ہونے سے روکتا ہے جسم کے بوجھ سے جتنا دباؤ پیدا ہوتا ہے اس سے بہت ہی کم دباؤ اس امر کے لئے کافی ہوتا ہے کہ خون کو ان حصص میں سے جو اس طرح دبے ہوئے ہوں خارج کر دے۔ ایک تنگ کالر یا گلو بند سے بھی ایسا ہو سکتا ہے۔ یہ گردن کے گرداگرد یا جزوی طور پر گرداگرد ایسا نشان پیدا کر دیتا ہے جو شاید کچھ حد تک اس نشان سے مشابہ ہوتا ہے جو تخنیق سے واقع شدہ موت کے بعد رسی سے رہ جاتا ہے۔ بعد الموت دھبے اسوقت تک بنتے رہتے ہیں جب تک کہ خون یا اس کا کوئی جزو غیر مرّوب رہتا ہے، اور خون کی سیالیت کے دوران میں بعد الموت دھبے صرف اسی صورت میں مستقل ہوں گے کہ جسم اس وضع پر غیر مبدل پڑا رہے جو ان کے ظہور کے وقت تھی۔ فرض کیجئے کہ جسم پشت کے بل پڑا ہے اور بعد الموت دھبے اس کے عقبی حصوں پر نمودار ہوئے ہیں۔ اب اگر اس اثنا میں جبکہ خون ہنوز سیال ہے اور جسم کی وضع کو الٹ دیا جائے تو جو داغ عقبی حصوں پر ہیں وہ غائب ہو جائیں گے، اور سامنے کے حصوں پر جواب تابع ہو گئے ہیں تازہ دھبے نمودار ہو جائیں گے۔ بعد الموت دھبوں کا مقامی طور پر مستقل رہنا صرف ترویب خون سے یقینی ہو سکتا ہے اور جب ترویب ہو چکتی ہے تو وضع جسم میں

تبدیلی ان پر کوئی اثر نہیں ڈال سکتی اور نہ نئے دھبے ہی بنتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ اگر تروبیب کے بعد جسم کی وضع معتد بہ طور پر بدل دی جائے تو یہ پایا جائے گا کہ بعدالموت دھبے تبدیل شدہ وضع سے مطابقت نہیں کرتے اور بدیں وجہ اس امر کا ثبوت مہیا کرتے ہیں کہ جسم سے مداخلت کی گئی ہے کیسپر (Casper) کہتا ہے کہ نزف سے واقع شدہ موت کے بعد یہ دھبے ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔ دیگر اہل الرائے نے ایسے واقعات میں اور نیز کمئی خون کے مرض سے واقع شدہ موت میں یا تو دھبے مفقود پائے ہیں یا بہت ہی دھندلے سے۔

بعدالموت دھبوں اور دوران زندگی کی کوفتگیوں (bruises) کے درمیان امتیاز کرنا نہایت ضروری ہے۔ اس سے متعلق غلطیوں کی وجہ سے بے قصور شخصوں کے ساتھ سخت بے انصافی ہونے کا امکان ہے بلکہ بے انصافی کی جاچکی ہے۔ ان کے درمیان جو فرق ہے وہ بہت نمایاں ہے اور آسانی سے شناخت ہوسکتا ہے۔ بعدالموت دھبوں میں خون جس سے وہ پیدا ہوتے ہیں ابھی عروق دموی میں موجود ہوتا ہے یعنی ادمہ کے سطحی طبقات کی منتر خی اور متسع وریدی جڑوں اور عروق شعریہ کے اندر ہوتا ہے۔ سطح غیر متضرر ہوتی ہے۔ اگر اسے ترچھی سمت میں یا ترچھی روشنی سے معائنہ کیا جائے تو بشرہ میں اختلال کا کوئی نشان نہیں پایا جاتا۔ داغدار حصے ابھرے ہوئے نہیں ہوتے اور عملی طور پر اردگرد کی جلد ہی کے لیول پر ہوتے ہیں۔ داغ ہمیشہ جسم کے تابع حصوں پر ہوتے ہیں بجز ان حصوں کے جن پر دباؤ پڑا ہوا ہو یا دباؤ پڑ چکا ہو۔ داغوں کے کنارے خوب واضح ہوتے ہیں اور گردوپیش کی جلد سے مل کر کے مدھم نہیں پڑتے۔ داغدار قطعوں کے رنگ کی گہرائی یکساں یا قریب قریب یکساں ہوتی ہے۔ جب یہ داغ قطعوں کی شکل میں ہوتے ہوں یعنی اس قسم کے کہ ایک نافہم آدمی کو ان پر کوفتگیوں کا دھوکا لگ سکتا ہے تو ان داغوں کی جسامت بسرعت بڑھتی چلی جاتی ہے زیادہ تر ایک ایسی سمت میں جو کشش ثقل پر موقوف ہوتی ہے۔ 37

ان کوفتگیوں (bruises) میں جو دوران حیات میں پیدا ہوتی ہیں جلد کی بدرنگی کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ خون ان عروق سے جو تشدد سے مشقوق ہوجاتے

ہیں و عابد رہو کر جلد کے صادق جلیموں کے اندر اور نیچے جمع ہو جاتا ہے جلد کی سطح بالعموم متضرر دکھائی دیتی ہے جو کہ کوفتگی (bruise) پیدا کرنے والی شئے سے تصادم ہونے کا نتیجہ ہے۔ بجز اس صورت کے جب کہ نہایت خفیف تضررات ہوں کوفتہ شدہ حصہ کم و بیش ابھرا ہوا دکھائی دیتا ہے کوفتگی کا مقام کشش ثقل پر منحصر نہیں ہوتا اور یہ جسم کے کسی حصہ پر بھی ہو سکتی ہے اور بجائے متمیز اور بے قاعدہ خاکے کی ہونے کے کچھ حد تک علتی عامل کی شکل سے یا علتی عامل کے اس حصہ سے متطابق ہوتی ہے جو سطح سے ٹکرایا ہو۔ اس کا کنارہ غیر متمیز ہوتا ہے جو گرد و پیش کی جلد سے ملکر مدغم پڑ جاتا ہے۔ کوفتگی کا رنگ یکساں نہیں ہوتا اگر تضرر ایک دو دن موجود رہ چکا ہو تو بیرونی حصوں کے گرد اگر وزرد یا سبز حلقہ دکھائی پڑے گا۔

یہ ہیں وہ اختلافات جو بعد الموت دھبوں اور کوفتگیوں کے مابین سطح سے نظر آسکتے ہیں مگر تنقیدی (critical) امتیاز اس حصے میں شگاف دیکر کیا جاتا ہے۔ بعد الموت دھبوں میں سوائے چند نقاط کے جو اوہ کے ان کٹے ہوئے عروق کو جو سابق میں خون سے متمد دتھے ظاہر کرتے ہیں اور کہیں سے بھی خون نہیں نکلتا۔ برعکس اس کے اگر کوفتگی میں شگاف دیا جائے تو جالی (rete) کے نیچے ترویب شدہ یا سیال خون کا انصباب موجود پایا جاتا ہے اور جب کوفتگی سخت تشدد کا نتیجہ ہو تو اس سے بھی زیادہ گہرائی پر پایا جاتا ہے۔

یہاں تک تو خارجی بعد الموت دھبوں کا ذکر تھا۔ وہی حالات جو جلد میں دھبے پیدا کرتے ہیں اندرونی اعضا پر بھی اثر انداز ہوتے ہیں جب جسم پشت کے بل پڑا رہ چکا ہو تو ام حنونہ (piamater) کے عقبی حصہ کی وریدیں اور جانبی اور قذالی (occipital) جوف خون سے پُر پائے جاتے ہیں اور یہی صورت حال نزف سے واقع شدہ موت پر بھی پائی جاتی ہے، یہ امر یاد رکھنے کے قابل ہے، مبادا دوران حیات میں جسم کے بلند ترین حصص میں اس قدر خون کا موجود ہونا موت کے سبب کے تناقض سمجھا جائے۔ دونوں پھیپھڑوں کا عقبی ربع قریب قریب ہمیشہ خون سے پُر ہوتا ہے یہ خطرہ یہاں بھی موجود ہے کہ اس حالت کو امراضیاتی اسباب پر محمول کیا جائے۔ معدہ اور امعا کے عقبی حصص بھی داغدار ہوتے ہیں، بالخصوص وہ حصے جو کہ حوض میں ہوتے

ہیں التہابی ارتشاخ کا مفقود ہونا اور یہ امر کہ امعا کو تاننے پر بدرنگ جگہوں کے درمیان کے حصوں پر بدرنگی نہیں پائی جاتی تاویلی غلطی کا سدباب کرنے کے لئے کافی ہے۔ گردوں کے عقبی نصف بالعموم ممتلی ہوتے ہیں نخاع کی ام حنونہ (piamater) کی وریدیں بسا اوقات ایک منظر پیش کرتی ہیں جو التہاب سحائی کے مماثل ہوتا ہے۔ قلب دھبوں سے مبرا ہوتا ہے مگر فائبرینی (fibrinous) تھکے یعنی نام نہاد قلبی سعدانہ (cardiac polypi) عام ہوتے ہیں۔

جمود موتی

عضلوں کا ارتخاء جو موت کے فوراً بعد پیدا ہو جاتا ہے انتہائی صلابت کی ایک متضاد حالت میں مبدل ہو جاتا ہے جب تک عضلات مرخی رہتے ہیں ان کی خراش پذیری قائم رہتی ہے اور وہ برقی ہیجوں کی اسی طرح مجیبیت ظاہر کرتے ہیں جیسے وہ زندگی میں ظاہر کرتے ہیں۔ اس کی وجہ بدنی حیات ختم ہونے کے بعد سالماتی یعنی بافتی زندگی کا قائم رہنا ہے۔ موت سے ایک اختلاف پذیر مدت کے بعد زیرین جبڑے کے عضلات سخت ہونا شروع ہوتے ہیں اور یہ جمود موتی یعنی صلابت موت کے ورود کی پہلی علامت ہے۔ معمولی حالات میں کالبدی عضلات موت سے ۴ تا ۱۰ گھنٹے کے اندر سخت ہونا شروع ہوتے ہیں اور جبڑوں کے عضلات کی سختی پھر گردن اور دھڑ اور آخر میں جوارح کے عضلوں میں پھیل جاتی ہے۔ ۲ سے لیکر ۳ گھنٹوں میں پورا نمو حاصل کر لیتی ہے جبکہ تمام جسم سخت ہو جاتا ہے اور اکڑ جاتا ہے جوارح مفصلات پر بغیر سخت قوت کے خم نہیں کئے جا سکتے اگر جسم کو حرکت دی جائے تو یہی معلوم ہوتا ہے کہ یہ مفصلات سے مبرا ہے۔ یہ حالت چند گھنٹوں سے لیکر چھ سات دن کی اختلاف پذیر مدت تک قائم رہتی ہے۔ جمود موتی کی اوسط مدت ۲۴ سے ۴۸ گھنٹہ تک سمجھنا چاہئے۔ جمود موتی کے ورود کے وقت سختی کے علاوہ عضلوں کا کسی قدر انقباض بھی واقع ہوتا ہے اور وہ قصیر تر اور دبیز تر ہو جاتے ہیں اگر جوارح کو اپنے حال پر چھوڑ دیا جائے تو وہ جزئی خمیدگی کی وضع میں اکڑ جاتے ہیں۔ یہ امر تجربہ سے معلوم ہوا ہے کہ اکڑنے کے فعل کے دوران میں عضلہ وزن اٹھا سکتا ہے،

38

اس سے ظاہر ہے کہ یہ حقیقتاً انقباض کرتا ہے۔ جب جمود موتی موجود ہوتا ہے تو عضلی برقی رو یا تو موقوف ہو جاتی ہے یا طبعی سمت کی مخالف سمت میں ایک کمزور سی رو موجود ہوتی ہے۔ عضلات برقی مہیج کی مجیبیت بھی کھو دیتے ہیں۔ زندہ عضلہ کا کیمیاوی تعامل بحالت سکون تعدیلی یا کسی قدر قلوی ہوتا ہے اور کام کرنیکی حالت میں ترشئی جن عضلوں میں جمود موتی موجود ہو ان کا تعامل تیز ترشئی ہوتا ہے جو کچھ تو سار کو لیکٹک ترشہ (sarcolactic acid) کے بننے کا نتیجہ ہوتا ہے اور کچھ ترشئی فاسفیٹ (acid phosphate) کا ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ کاربن ڈائی آکسائیڈ (carbon dioxide) کی ایک بہت بڑی مقدار آزاد ہوتی ہے۔ عضلات کی سختی اور اکڑ کا حقیقی سبب لحم غلاف (sarcolemmas) کے اندر لحم مایہ کا مروّب ہو جانا ہے [کوہنی (Kuhne)]۔ قبل از ولادت جمود کے متعدد واقعات مرقوم ہیں۔ ایک ۸ ماہ کا بچہ بوقت پیدائش جمود موتی کی حالت میں تھا اور یہ جمود دوسرے دن تک زائل نہیں ہوا۔

معلوم ہوتا ہے کہ صلابت دو حالتوں میں ظاہر ہوتی ہے اور پہلی حالت دوسری حالت میں محض مرور وقت سے مبدّل ہو جاتی ہے یہ سمجھا جاتا ہے کہ پہلی حالت میں لحم مایہ کی ترویب صرف جزئی ہوتی ہے کیونکہ اس کی کثافت فالودے کے مانند ہوتی ہے۔ اس مرحلے پر عضلہ کی خراش پذیری ہنوز ضائع نہیں ہوتی۔ اس وقت جبکہ عضلہ صلابت کے مرحلۂ اول میں ہوتا ہے اگر عروق کے اندر تازہ شریانی خون مشرب کیا جائے تو نیم مروّب مادہ حل ہو جاتا ہے اور یہ دیکھا جاتا ہے کہ عضلے ہنوز خراش پذیر ہیں اور برقی مہیج کی مجیبیت ظاہر کرتے ہیں [براون سیقارڈ[۱] (Brown Sequard)] دوسرے مرحلے میں پہنچنے پر لحم مایہ کی ترویب مکمل ہو جاتی ہے اور عضلوں کی خراش پذیری ہمیشہ کے لئے زائل ہو جاتی ہے۔ عین اسی وقت عضلی عنصروں اور جسم کی عام بافتوں کی موت بھی واقع ہو جاتی ہے جب جمود موتی مکمل طور پر نمو پاچکا ہو اس وقت کوئی جارحہ (limb) مفصل کے مقام پر بزور خم کیا جائے تو جمود عود کر نہیں آتا۔ مفصل ملائم رہتا ہے اور جارحہ اسی وضع پر قائم رہتا ہے

---

۱ (See also Heubel on "Die Wiederbelebung des Herzens nach dem Eintritt vollkommener Herzmuskelstarre." Pfluger's Archiv., 1889.)

جس پر وہ چھوڑا جائے اور اس طریق پر بعد الموت جمود کو قبل الموت جمود سے تمیز کیا جاسکتا ہے جو گاہے گاہے ہسٹریا (hysteria) اور تخشب (catalepsy) کے مریضوں میں ملتی ہے مؤخر الذکر عارضہ میں اگر جارحہ کو بزور خم کیا جائے تو یہ اپنی سابقہ حالت پر عود کرنے کی جانب مائل ہوتا ہے اور دوبارہ سخت ہو جاتا ہے۔ لیکن جمود موتی کے اول مرحلے میں بھی جب کہ مایوسین (myosin) صرف جزوی طور پر مرسب ہوتی ہے ایسا ہوتا ہے کہ مفصل کو بزور خم کرنے کے بعد کسی قدر سختی دوبارہ پیدا ہو جاتی ہے۔

وہ حالات جو جمود موتی کی آمد کا اسراع کر لیتے ہیں۔ یہ حالات وہ ہیں جو موت سے ذرا پہلے عضلوں میں خستگی یا ماندگی پیدا کرنے والا اثر رکھتے ہیں، چنانچہ جو موت متشددانہ عضلی ورزش کے بعد واقع ہو۔ اس میں جمود سرعت سے وارد ہوتا ہے۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ جو سپاہی ابتدائے جنگ ہی میں زیادہ تکان ہونے سے پہلے ہی مارے جاتے ہیں، ان کی لاشوں میں اتنی جلد جمود نہیں ہوتا جتنی جلد کہ ان رفقاء جنگ کی لاشوں میں جو کئی گھنٹوں کی کٹھن جنگ کے بعد آخری وقت میں کام آتے ہیں۔ ایسے زہروں اور امراض سے واقع شدہ اموات کے بعد جو نظام کو پست یا خستہ کرتے ہیں (بالخصوص جب عضلوں کا تشنج رجفی بھی پایا جائے) صلابت بہت جلد وارد ہوتی ہے۔ جن جانوروں کا موت سے پہلے کچھ عرصہ تک تعاقب کیا گیا ہو، وہ قریب قریب فوراً اکڑ جاتے ہیں اور چند لمحوں کے اندر اندر ان کو پچھلی ٹانگوں سے پکڑ کر اٹھایا جاسکتا ہے جبکہ وہ بالکل اکڑے رہتے ہیں۔ برخلاف اس کے ان افراد میں جو طاقتور صحت رکھتے ہیں اگر فوری موت واقع ہو تو (ان مستثنیات کے ساتھ جو ابھی مذکور ہو چکی) جمود موتی کا ورود تاخیر سے ہوتا ہے۔ پوری طاقت کے اشخاص میں بھی اگر موت سے ذرا پیشتر تشنج ہوا ہو تو جمود جلدی سے وارد ہوتا ہے کیونکہ عضلوں کی حیوی قوت بہت کم ہو چکی ہوتی ہے۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ جمود کے نمودار ہونے سے پہلے عضلی رو معدوم اور برقی خراش پذیری کم ہو جاتی ہے۔ یہ تمام امور ایک ہی نتیجہ کی طرف اشارہ کرتے ہیں، اور وہ یہ ہے کہ جمود موتی عضلی موت

کا نتیجہ ہے اور یہ کہ جوں جوں عضلے مرتے جاتے ہیں، یہ بتدریج طاری ہوتا جاتا ہے، لہٰذا ان عضلات کے مرنے سے پہلے جزوی طور پر تو موجود ہوتا ہے۔ اور اس کا کامل نمو اس وقت تک نہیں ہوتا جب تک کہ سالماتی موت واقع نہیں ہو جاتی۔

ایک عام کلیہ کے طور پر یہ کہا جا سکتا ہے کہ جمود موت کے بعد جس قدر جلدی سے وارد ہوتا ہے اتنی ہی جلدی سے معدوم بھی ہو جاتا ہے اور اس کا برعکس بیان بھی مساوی طور پر صحیح ہے، یعنی جتنی زیادہ دیر سے ظاہر ہوگا اتنی ہی زیادہ دیر تک قائم رہیگا۔ عضلات کی حالت خستگی ان عضلوں کو اس وقت تحلیل کی ایک حد تک مدافعت کرنے کے قابل بناتی ہے جب کہ وہ اس غذائی رسد اور اخراجی وسائل (agencies) کی مزید مدد سے جو نظامی (systemic) حیات کے دوران میں ان کی قوت کو برقرار رکھتے ہیں محروم ہو جاتے ہیں کیونکہ اعلیٰ درجہ کی تندرستی تغیر میں مزاحم ہوتی ہے، نہ صرف اس وقت تک جبکہ تغیر شروع ہوتا ہے بلکہ کچھ عرصہ بعد تک بھی، اور یہی وجہ ہے کہ جمود موتی کے ورود اور مدت دونوں کا انحصار (باقی حالات کے مساوی ہوتے ہوئے) عضلی حیویت کے اس ذخیرہ پر ہے جو عضلات میں بدنی موت کے وقت موجود ہوتا ہے۔

حراری جمود۔ اگر کسی لاش کو جو معمولی جمود موتی کے مکمل طور پر زیر اثر ہو ۷۵ درجہ کی حرارت پہنچائی جائے تو اس کے جمود میں اضافہ کیا جا سکتا ہے اور اس کی توجیہہ یہ ہے کہ اس عمل سے مایوسین (myosin) کے علاوہ دیگر ایلبیومنیٹ (albuminate) جو عضلات میں موجود ہوتے ہیں ترویب پاتے ہیں۔ مایوسین (پستانیوں میں) تقریباً ۵۰ درجہ حرارت پر مروّب ہوتی ہے۔ ایک اور البیومنیٹ (albuminate) ۴۷ درجہ پر مروّب ہوتا ہے اور مصلی البیومن (serum albumen) ۷۳ درجہ پر۔ اب اگر لاش کو جمود موتی کے کامل نمو سے پہلے یا پیچھے اس درجہ کی حرارت پہنچائی جائے جو ۷۳ سے اوپر ہو لیکن تحلیل پیدا کرنے کے درجہ سے ذرا کم ہی ہو تو یہ تمام البیومنیٹ (albuminate) مروّب ہو جائیں گے، اور جمود جو پیدا ہوگا وہ بہ نسبت اس جمود کے جو قدرتی اسباب پر منحصر ہوتا ہے شدید تر ہوگا۔

غیر ارادی عضلے بھی جیفی کرختگی سے متاثر ہوتے ہیں مگر اس لحاظ سے اگر کسی اندرونی عضو پر غور کرنا ضروری ہے تو وہ صرف قلب ہے۔ قلب کے عضلات موت کے بعد بہت جلد، اور کالبدی عضلوں کی اکڑ شروع ہونے سے قبل ہی سخت ہو جاتے ہیں۔ اس امر کا مشاہدہ بڑی مدت سے کیا جا رہا ہے کہ جب قلب جیفی کرختگی کی حالت میں ہوتا ہے تو اسکی بطینی دیواریں بالخصوص بائیں، سخت اور منقبض ہوتی ہیں اور اُس منظر سے جو جیفی کرختگی۔ کے زائل ہو جانے کے بعد معرض ظہور میں آتا ہے، بالکل مختلف منظر پیش کرتی ہیں۔ فعلیات دانوں نے یہ بھی دیکھا ہے کہ جیفی کرختگی کے نمو کے دوران میں قلبی عضلہ کی حالت میں بعض تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں۔ کالبدی عضلوں کی مانند وہ نہ صرف اکڑ ہی جاتا ہے بلکہ موت کے بعد اس کا انقباض اس کے کہفوں کے اضافی حجم کو تمام تر بدل ڈالتا ہے۔ یہ حقیقت طبی قانون داں کے لئے بہت اہمیت رکھتی ہے کیونکہ بسا اوقات موت کے اسلوب کی تشخیص، امتحان لاش پر جو قلب کی حالت پائی جاتی ہے، اسکی بنا پر کی جاتی ہے۔ جب غشیان سے واقع شدہ موت میں بعد الموت مناظر بیان کئے گئے تھے تو قلب کی حالت کو منقبض بیان کیا گیا تھا۔ یہ حالت بسا اوقات امتحان پر اس فرد کی لاش میں پائی جاتی ہے جو غشیان سے مر گیا ہو اور یہ رسد خون کی کمی کا نتیجہ ہوتی ہے۔ سوال پیدا ہوتا ہے کہ آیا قلب کی یہ حالت وقت موت کی حالت ہے؟ دوسرے الفاظ میں کیا موت انکماش قلب کی حالت میں واقع ہوئی تھی؟ اس سوال کے متعلق سٹراسمین (Strassmann) کے تجارب سبق آموز ہیں۔ بہت سے ایسے حیوانوں میں جو یکا یک شلل قلب سے ہلاک ہو گئے تھے، دوران خون اور تنفس بند ہونے کے ساتھ ہی اس نے ان کا سینہ کھولا۔ بعض میں تو قلب کا اسی وقت معائنہ کر لیا گیا۔ بعض کو سطحی تفتیش کے بعد ڈھانپ کر اگلے دن تک رکھ چھوڑا گیا۔ جب قلب کا معائنہ موت کے بعد فوراً کیا گیا تو اس کے دائیں بطین میں بائیں کے نسبت زیادہ خون ملا اور جب قلب کا معائنہ دوسرے دن کیا گیا تو اس کا بایاں بطین تقریباً ہمیشہ مضبوطی سے منقبض پایا گیا اور اس کے مشمولات کا بیشتر حصہ یا تمام کے تمام مشمولات بائیں اُذین میں یا

اور طی میں ڈھیلے ہوئے پائے گئے۔ اور ان حیوانات میں جو سریع جِس دم سے ہلاک ہو گئے تھے، موت کے فوراً بعد معائنہ کرنے پر قلب کے دائیں بطین میں بائیں بطین کی نسبت اوسطاً دگنا خون پایا گیا اور بعدازاں معائنہ کرنے پر بایاں بطین منقبض اور خالی یا قریب قریب ویسا پایا گیا۔ جب بھی قلب کا معائنہ موت کے بعد فی الفور کیا گیا تمام واقعات میں حتیٰ کہ سٹرکنیا کی موت میں بھی، دایاں اور بایاں، دونوں بطین بحالت انبساط اور ڈھیلے اور خون سے پُر پائے گئے اور یہ کہیں بھی نہ دیکھا گیا کہ قلب بحالت انکماش رک گیا ہو۔ سٹراسمین (Strassmann) نے اس بات کی جانب توجہ دلائی ہے کہ قلب میں جیفی کرختگی بہت ہی جلد نمو یافتہ ہو جاتی ہے۔ چنانچہ جو حیوانات ہائیڈروسیانک ترشے (hydrocyanic acid) سے مسمّم ہوتے تھے، ان میں یہ موت سے ایک گھنٹہ بعد دیکھا جا سکتا تھا اور اتنی جلدی کے باوجود بائیں بطین میں اتنا خون موجود نہ ہوتا تھا جتنا کہ بوقت موت، ہوتا تھا۔ دائیں بطین میں بعد الموت انقباض بائیں کی نسبت بہت کمزور تر ہوتا ہے۔ اور یہ فقط ان واقعات میں خالی پایا جاتا ہے جن میں نزف ہو چکا ہو۔ یہ تحقیقات ظاہر کرتی ہے کہ امتحان بعد الموت پر قلب میں جو حالت ملتی ہے اس سے حالت بوقت موت کا کوئی یقینی اندازہ نہیں ہو سکتا۔ ہاں اگر دائیں اور بائیں، دونوں جانبین خون سے بھری ہوئی پائی جائیں تو اس وقت اور صرف اس وقت یہ صحت کے ساتھ کہا جا سکتا ہے کہ اصل حالت قائم رہی ہے۔

انسانی موضوع پر بعد الموت امتحانوں میں امتحان کرنے سے پہلے بالعموم کم از کم چوبیس گھنٹے کا وقفہ گذرنے دیا جاتا ہے اور اس عرصے میں ضرور ہے کہ قلب اکڑ گیا ہو۔ اب خواہ اسی حالت میں معائنہ کیا جائے خواہ اکڑ کے جاتے رہنے کے بعد، یہ فرض کر لینا خطرناک ہو گا کہ عضو اسی حالت پر ہے جو موت کے وقت موجود تھی، لہٰذا قلب کی بعد الموت حالت اسلوب موت کی کوئی ایسی بین دلیل نہیں جیسی کہ اکثر بتائی جاتی ہے۔

قلب کے بعد الموت انقباض کے موضوع میں ہمیں کالبد کے عضلوں کے

انقباض کے متعلق جس کا ذکر پیشتر ہو چکا ہے مزید غور و فکر کا سامان بہم پہنچتا ہے۔ ان تمام مظاہر کی توجیہہ کرنے کے لئے جو جیفی کرختگی کی نمویابی کے ہمراہ پائے جاتے ہیں صرف لحم مایہ کی تر ویب کافی نہیں عضلوں کا لمبائی میں چھوٹا ہونا تنہا جمود کے علاوہ کسی اور امر پر دلالت کرتا ہے۔ اکثر ماہرین فعلیات کی یہ رائے ہے کہ جیفی کرختگی کے ساتھ ساتھ ایک صادق عضلی انقباض پایا جاتا ہے خواہ جیفی کرختگی کو اس کا نتیجہ مانا جائے یا نہ مانا جائے۔ ہرمین[1] (Herman) نے بتایا ہے کہ حیوی عضلی انقباض اور جیفی کرختگی میں مایوسینوجن (myosinogin) سے مایوسین (myosin) کی تکوین کے سوا باقی سب کیمیاوی اعمال مماثل ہیں۔ دونوں میں کاربن ڈائکسائیڈ (CO_2)، سار کولیکٹک ترشہ (sarcolactic acid) اور دیگر ترشے بنتے ہیں، حرارت خارج ہوتی ہے اور عضلی رو معکوس ہو جاتی ہے۔ اُس کا خیال ہے کہ جمود موتی ایک عضلی انقباض ہے جو کسی غیر معلوم مہیج سے واقع ہوتا ہے لیکن معمولی انقباض کی بہ نسبت یہ زیادہ دیر پا ہوتا ہے اور زیادہ آہستہ سے ضائع ہوتا ہے۔ بر فرونڈ[2] (Bierfreund) نے حالیہ ہلاک شدہ حیوانوں میں جب ایک ورکی (ischiatic) عصب کاٹا تو ہر مثال میں یہی پایا کہ متضرر جانب میں کرختگی تاخیر پذیر ہوگئی۔ مزید براں مخروطی تقاطع کے نیچے حبل الشوکی کی نصف تراش کرنے کے بعد جیفی کرختگی، جس جانب حبل الشوکی کٹا ہوا تھا، اس جانب تاخیر پذیر ہوگئی عصبی مراکز کے ساتھ تعلقات منقطع کرنے کا نتیجہ ایک کتے میں بڑے نمایاں پیرایہ میں یوں ظاہر کیا گیا کہ دوران حیات میں اس کی بائیں قشرۃ الدماغ میں تحریک پہنچا کر یمینی تشنجات پیدا کئے گئے۔ بعدہٗ اس کے حبل الشوکی کا دایاں نصف کاٹ ڈالا گیا، اور پھر اس حیوان کو ہلاک کر دیا گیا۔ تشنج کا اثر تو یہ ہونا چاہئیے تھا کہ آغاز کرختگی میں اس جانب جس جانب تشنجات وقوع پذیر ہوئے تھے تعجیل ہوتی، بشرطیکہ کوئی مزید کارروائی نہ کی جاتی، مگر اس طرف کے دماغی تعلقات منقطع کرنے کا نتیجہ یہ ہوا کہ جب ۴½ گھنٹے بعد جوارح کا معائنہ کیا گیا تو بائیں جانب تو خیر نمایاں طور پر سخت تھی لیکن دائیں جانب ویسی ہی حرکت پذیر

[1] Lehrbuch der Physiologie

[2] Arch. fur die ges. Physiologie, 1888

تھی جیسی کہ یہ بر وقت موت تھی ۔ دو گھنٹے بعد بھی ان دو جانبوں کے درمیان ابھی نمایاں فرق موجود تھا ۔ اسی طرح ایک آدمی جو سکتے کے حملہ کے بعد ۱۴ گھنٹہ میں مرگیا تھا ۔ اس کے جسم کی مشلول جانب میں کرختگی میں تاخیر پائی گئی ۔ زمانہ ماضی میں یہ کہا جاتا تھا [نسٹن : Neysten] کہ شلل نصفی (hemiplegia) میں دو جانبوں کے درمیان جیفی کرختگی کے اعتبار سے اس وقت تک کوئی فرق نہیں ہوتا جبتک کہ متاثرشدہ عضلات کے تغذیہ میں کوئی نقص واقع نہیں ہوتا ۔

اب ہمارے لئے یہ ممکن ہوگیا ہے کہ جیفی کرختگی کے اس غیر طبعی وقوع پر نظر ڈالیں جسے تشنج جیفی یا فوری کرختگی کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے ۔ یہ مظہر جب واقع ہوتا ہے تو زندگی کا آخری فعل موت ہیئت مرگ اختیار کرلیتا ہے (crystalize) ۔ اس کی حقیقت یہ نہیں ہے کہ عضلوں میں تھوڑی دیر کے استرخا کے وقفہ کے بعد کرختگی غیر طبعی سرعت سے وارد ہوتی ہے جیسا کہ بیشتر بیان ہو چکا ہے ، بلکہ یہ ہے کہ عضلے کا آخری حیوی انقباض مطلقاً اطالت پذیر ہوکر موت کی کرختگی میں تبدیل ہو جاتا ہے ۔ چند مثالوں سے اس مظہر کی حقیقت ظاہر ہو جائے گی اور ممکن ہے کہ اس کی تاویل کی کلید بھی مہیا ہو جائے ۔ پامر palmer جو کک cook کا قاتل تھا پھانسی کے وقت ایک ہاتھ میں رومال پکڑے ہوئے تھا جب رسی کاٹ کر لاش کو اتارا گیا تو یہی رومال اسکی مٹھی میں مضبوطی سے پکڑا ہوا پایا گیا ۔ سیڈل[1] (Seydel) نے ذیل کے واقعات بیان کئے ہیں :- (۱) ایک آدمی ریل کے ڈبہ سے ناشتہ کا سامان لینے کی غرض سے اُترا ۔ ابھی وہ کھانے کی اشیاء لے ہی رہا تھا کہ کسی چیز نے جسے اس نے روانگی کے اشارہ پر گمان کیا اس کو چونکا دیا ۔ وہ لائن کے پار اپنی گاڑی کی طرف لپکا اور انجن کو جو پہلے ڈبے کی طرف پیچھے ہٹ رہا تھا نہ دیکھ سکا غالباً اس نے خطرہ اس وقت محسوس کیا جب بچنے کا وقت نہ رہا تھا اور اس خطرہ سے بچنے کی غرض سے جب وہ جھکنے لگا تو اس کا سر حائلات (buffers) کے درمیان پھنس گیا جس سے وہ فی الفور ہلاک

[1] Vierteljahrsschr. f. ger. Med ., 1889.

ہو گیا۔ اس وقت اس کا بازو پھیلا ہوا تھا اور اس کے ہاتھ میں کچھ سامان خوردنی پکڑا ہوا تھا جو اُسنے تھوڑی دیر پہلے لیا تھا۔ چند گھنٹہ بعد بھی اس کا بازو ہنوز پھیلا ہوا تھا اور اس کے ہاتھ میں خوراک مضبوطی سے پکڑی ہوئی تھی۔ (۲) ایک پل کے ٹوٹ جانے پر ۱۳ اشخاص اچانک پانی میں گر پڑے اور ڈوب گئے۔ بارہ گھنٹے بعد جب لاشیں برآمد ہوئیں تو اکثر اشخاص کے جوارح اس مضبوطی سے پھیلے ہوئے تھے کہ ان کو تابوت میں ڈالنا بھی دشوار ہو گیا۔ (۳) ایک آدمی برف پر کھڑا سگریٹ سلگانے میں مشغول تھا کہ اس کا پاؤں پھسل گیا، جب لاش برآمد ہوئی تو اس وضع پر پائی گئی کہ جسم استادہ تھا اور سگریٹ اور دیا سلائی کی ڈبیہ انگلیوں کے درمیان پکڑی ہوئی تھی۔ ایک اور شخص جو واٹر گیس (CO) سے تسمم ہو کر ہلاک ہو گیا تھا اس کی لاش سیدھی اور کھڑی وضع میں پائی گئی اور ایک ہاتھ سیڑھی کا ڈنڈا پکڑے ہوا تھا۔ واکاڈ[۵۱] (Wahncau) نے ایک عجیب و غریب واقعہ حکایت کیا ہے۔ ایک ۴۴ سالہ عورت کی لاش مکان کی بیرونی دیوار کے ساتھ اس جگہ جہاں یہ ایک حجرہ کے دروازہ کے ساتھ زاویہ قائمہ بناتی تھی سہارا لئے استادہ وضع پر پائی گئی۔ بازو قدرتی انداز پر سینے پر بندھے ہوئے تھے اور سر قدرے سینہ پر جھکا ہوا تھا۔ یہ عورت پہلے عادی شراب خوار تھی اور غالباً تسمم بولی کی نوعیت کے حملہ سے مری تھی کیونکہ گردے چھوٹے اور ذراتی (granular) تھے۔ مارٹن[۵۲] (Martin) بیان کرتا ہے کہ میری آنکھوں کے سامنے ایک آدمی گولی سے ہلاک کر دیا گیا اور وہ پشت کے بل اس طرح گرا کہ بازو سامنے کی طرف اور ٹانگیں ہوا میں پھیلی ہوئی تھیں۔ لاش فوراً اس قدر اکڑ گئی کہ بازوؤں سے پکڑ کر لکڑی کی طرح گھمائی جا سکتی تھی اور معلوم ہوا کہ گولی کھوپری کے قاعدہ کے پار نکل گئی ہے۔ ریگنارڈ اور لوگ[۵۳] (Regnard and Loge) اپنے تجارب کا ذکر کرتے ہوئے جو انھوں نے تازہ سر بریدہ مجرموں کی لاشوں پر کئے تھے بیان کرتے ہیں کہ سر، دھڑ سے جدا ہونے کے دو تا نیے بعد جبڑے مضبوطی سے بند تھے۔ چار منٹ بعد منہ ہنوز سختی سے بند تھا۔ کرختگی سر بریدگی سے

۵۱ Ibid., 1895. ۵۲ Arch. d'Anthropologie, 1897

۵۳ Le Progres Medical, 1887.

تین گھنٹے تک ظاہر نہیں ہوئی اور بعدہٗ زیریں جوارح میں نمو پانے لگی۔ چھ گھنٹہ تک بازوؤں میں ہنوز کرختگی کا شائبہ تک نہ تھا۔ قلب یعنی بطین اور اذین، 42
سر بریدگی کے بعد ۲۵ منٹ تک توازن کے ساتھ اور زور کے ساتھ تڑپتا رہا اور اذین مزید ۴۰ منٹ تک۔ موت کے ایک گھنٹہ بعد جب قلب کھولا گیا تو بایاں بطین تو سخت اور منقبض پایا گیا اور دایاں ہنوز ملائم ہی تھا،

تنہا لحم مایہ کی تردیب سے، اس وقت جبکہ اس کے ساتھ دوسرے عامل نہ ہوں جیفی کرختگی کے فوری آغاز کی توجیہہ نہیں ہو سکتی۔ بعض مشاہدین نے یہ فرض کر لیا ہے کہ موت کے بعد ہمیشہ ایک زمانہ ایسا ہوتا ہے جس میں عضلے مسترخی ہوتے ہیں جو حیوی عمل اور جیفی کرختگی کے مابین ایک حد فاصل ہوتا ہے مگر مذکورہ بالا مثالوں پر ایک نظر ڈالنے سے عیاں ہو جائے گا کہ واقعات اس مفروضہ کی نفی کرتے ہیں۔ اگر موت کے بعد عضلوں کا عارضی سے عارضی استرخا بھی ہوتا، تو وہ بھی محولۂ فوق واقعات کو پیش آنے سے روک دیتا۔ برفرونڈ (Bierfreund) کے تجربے یہ ثابت کرنے کا رجحان رکھتے ہیں کہ نظام عصبی اور جیفی کرختگی کے مابین کوئی نہ کوئی علاقہ علیت ہے اور یہ کہ اول الذکر آخر الذکر کے آغاز پر اثر ڈالتا ہے۔ فاک اور شراف (Falk and Shroff) نے تجربتاً ثابت کر دکھایا ہے کہ لُب کی خراش سے فوری جیفی کرختگی پیدا ہو جاتی ہے۔ سیڈل (Seydel) نے طبی قانونی مداولت (practice) میں پیش آنے والے واقعات کو دو گروہوں میں تقسیم کیا ہے۔ (ا) سر کے تضررات، غالباً وہ جن میں لُب کی خراش بھی پائی جاتی ہے (ب) غازوں کا تسممی اثر خواہ یہ کاربن مانا کسائیڈ (CO) کا ہو یا غرقاب شدہ یا دم گھٹے ہوئے اجسام میں کاربن ڈائیکسائیڈ (CO_2) کا۔ کہا جاتا ہے کہ مفروضہ تشنج اور تنفس کے مراکز لُب کے ساتھ نہایت قریبی تعلق رکھتے ہیں اور ممکن ہے کہ فوری کرختگی ان مراکز کی خراش ہی سے واقع ہوتی ہو۔ اس مفروضہ پر ایک اعتراض یہ ہے کہ پھانسی یا غرقابی سے واقع شدہ حبس دم کی وجہ سے جو موت واقع ہوتی ہے اس کے بعد فوری کرختگی کسی طرح سے بھی ہمیشہ ظاہر نہیں ہوتی اور یہ دیکھا گیا ہے کہ جب

فوری کرختگی اس وجہ سے پیدا ہوتی ہے تو ایسے افراد طاقتور عضلی نمو کے مالک ہوتے ہیں۔ اصلی وجہ کچھ بھی کیوں نہ ہو، تاہم یہ باور کرنے کے لئے قوی وجہ موجود ہے کہ نظام عصبی فوری کرختگی کی پیدائش میں ایک اہم حصہ لیتا ہے۔ اس مضمون میں طبی قانون داں کے لئے بہت دلچسپی کا سامان ہے کیونکہ بسا اوقات قتل انسان کے خلاف اور خودکشی کے حق میں تنہا شہادت یہ ہوتی ہے کہ تمنچہ کا دستہ لاش کی انگلیوں میں پکڑا ہوا تھا۔

معمولی نوع کی کرختگی موتی جیساکہ پہلے بیان ہوچکا ہے جبڑوں کے عضلات میں شروع ہوتی ہے اور چہرے اور گردن، دھڑ اور جوارح کے عضلات میں پھیل ہوتی ہے اور غایب بھی اسی ترتیب سے ہوتی ہے۔ بالفاظ دیگر جو عضلے سب سے پہلے اکڑتے ہیں وہی اس اکڑ کو سب سے پہلے کھوتے ہیں۔ یہ کرختگی تقریباً اس وقت زائل ہوتی ہے جب گندیدگی شروع ہوتی ہے۔ اور یہ فرض کیا گیا ہے کہ اسکی وجہ امونیا (ammonia) کا محلل عمل ہے جو کہ نائٹروجینی (nitrogenous) ساختوں کی تحلیل سے پیدا ہوتی ہے۔ چونکہ مایوسین (myosin) قلیوں (alkalies) میں حل پذیر ہوتی ہے، لہذا اس نظریے کے مطابق اعمال گندیدگی سے خارج شدہ امونیا مایوسین کو حل کر کے عضلوں کو آزاد کر دیتی ہے۔ ہرمین اور برفروڈ (Hermann and Bierfreund) اور دیگر ماہران فعلیات اس نظریے کی مخالفت کرتے ہیں اور بیان کرتے ہیں کہ جیفی کرختگی تغیرات گندیدگی شروع ہونے سے پہلے ہی غائب ہونے لگتی ہے یا غائب ہو جاتی ہے ہرمین (Herman) نے اس ضیاع کو مایوسین (myosin) کے انحلال کی جانب منسوب کیا ہے اور یہ اس ترشے کی افراط کے باعث عمل میں آتا ہے جو کہ دوران کرختگی میں عضلات میں پیدا ہو جاتا ہے۔ اس نظریے کی تائید میں یہ امر ہے کہ ضیاع کرختگی ان عضلوں میں بھی دیکھا گیا ہے جن میں تیز ترشئی تعامل قایم رہتا ہے۔ اس امر پر بھی زور دیا جاتا ہے کہ گندیدگی کے درجے کا ترقی یافتہ ہونا ضروری ہے تاکہ امونیا کافی مقدار میں خارج ہوکر مایوسین کو حل کرسکے

حالانکہ اکثر اوقات کرختگی نمایاں درجہ کی تحلیل واقع ہونے سے پہلے ہی ضائع ہو جاتی ہے بر فرو ڈ (Bierfreund) نے کرختگی کے معدوم ہو جانے کے بعد جب عضلوں کا خرد بین سے معائنہ کیا تو گندیدگی کے جراثیم یا تو موجود ہی نہیں پائے یا صرف عضلوں کے بیرونی طبقات میں کہیں کہیں پائے ہیلی برٹن[1] (Halliburton) کا خیال ہے کہ جیفی کرختگی ایک غیر منتعضی خمیر کے عمل کے سبب سے غائب ہوتی ہے جو مایوسین کو توڑ دیتا ہے نتیجہ یہ نکلا کہ گو جیفی کرختگی اس وقت زائل ہوتی ہے جبکہ گندیدگی شروع ہوتی ہے۔ 43
تاہم یہ امر یقینی نہیں کہ اس کے ضیاع میں عفونت ایک لازمی عامل ہے۔

جب جیفی کرختگی معدوم ہو جاتی ہے تو عضلے نرم اور ڈھیلے ہو جاتے ہیں گویا اب وہ مردہ ہوتے ہیں اور برقی تہییج کا رد عمل اس کے بعد نہیں کرتے۔ کرختگی کی مدت کتنی بھی قلیل ہو۔ مگر یہ ایکدفعہ غائب ہونے کے بعد کبھی عود نہیں کرتی۔ گویا موت کے بعد عضلی استرخا کے دو دور ہوتے ہیں جن کو کرختگی کا دور جدا کرتا ہے۔ استرخا کے پہلے دور میں عضلے ہنوز زندہ ہوتے ہیں اور تہییج کا جواب دیکر اپنی حیویت کا ثبوت دیتے ہیں کرختگی کے دور کے ابتدائی حصے میں بھی ان کی حیویت قائم رہتی ہے مگر پوشیدہ یا مستور ہوتی ہے۔ اس کے بعد وہ اپنی حیویت کھو دیتے ہیں اور جب کرختگی معدوم ہو جاتی ہے اور استرخا کا دوسرا دور شروع ہو جاتا ہے تو وہ زندہ مادے کی تمام خصوصیتوں سے مبرا پائے جاتے ہیں۔ بالفاظ دیگر وہ سالماتی موت کی حالت میں ہوتے ہیں۔

گندیدگی

(PUTREFACTION)

موت کے بعد معمولی حالات میں جو آخری مظہر واقع ہوتا ہے، گندیدگی ہے، یعنی منتعضی بافتوں کا عنصری اجزا میں تحلیل ہونا۔ پیچیدہ عضوی

[1] Text-Book of Chemical Physiology and Pathology.

اجسام بتدریج سادہ اشکال میں تحلیل ہو جاتے ہیں حتیٰ کہ یہ آخرکار ٹوٹ کر غیر نامیاتی مادوں میں بدل جاتے ہیں۔ گندیدگی اس امر کی واحد قطعی دلیل ہے کہ موت ہو چکی ہے جو عامل گندیدگی کی پیدائش سے تعلق رکھتے ہیں وہ یہ ہیں: خرد عضویے، نمی، ہوا، اور گرمی۔

خرد عضویے۔ گندیدگی کے عمل سے تعلق رکھنے والے عضویات کی تعداد بہت بڑی ہے اور ایک گروہ جس کو ہوزر (Houser) نے پروٹیس (proteus) کا لقب دیا ہے خاص طور پر قابل ذکر ہے۔ یہ جراثیم عالمگیر طور پر پائے جاتے ہیں اور اگر ان کی دخل یابی کو روکنے یا بافتوں کو ان کے استعمال کے ناقابل بنانے کے لئے خاص ذرائع نہ اختیار کئے جائیں تو مردہ جسم بالضرور ان سے مغلوب ہو جائے گا۔ نمی گندیدگی کی ترقی کے لئے سازگار ہے۔ انسانی جسم کے مختلف سیالات اور ملائم بافتوں کے اندر پانی کی ایک کثیر مقدار موجود ہوتی ہے جو گندیدگی کی اغراض کے لئے بہت کافی ہوتی ہے بشرطیکہ یہ مقدار سریع تبخیر کی وجہ سے ضایع نہ ہو جائے۔ اگر باہر سے نمی کا اضافہ ہو جائے بالخصوص جب گرمی بھی ہو تو اس سے تحلیل از حد سریع ہو جاتی ہے۔ جن حالات کے ماتحت گندیدگی ہوتی ہے ان میں سے موافق ترین گرمی اور نمی ہیں بشرطیکہ ہوا کا آزادانہ دخل ہو۔ ہوا کی آکسیجن (oxygen) بھی کچھ حصہ لیتی ہے مگر جب ہوا عقیم ہو تو یہ بذات خود گندیدگی نہیں پیدا کر سکتی۔ تاہم چونکہ ہوا میں خرد عضویے ہمیشہ بافراط موجود ہوتے ہیں، ہوا کی دخل یابی جراثیم کی درآمد کے مرادف ہے اور جسم کی غیر ملبوس، نیم ملبوس یا کامل ملبوس حالت کے لحاظ سے لاش کی گندیدگی کی رفتار میں جو اختلاف پایا جاتا ہے، وہ ظاہر کرتا ہے کہ اس معاملے میں ہوا کہاں تک اثر رکھتی ہے۔ اگر لاش کچھ دیر تک باہر پڑی رہی ہو تو دیکھا جائے گا کہ وہ حصص کمتر متغیر ہوئے ہیں جو ہوا سے زیادہ محفوظ ہیں مثلاً پاؤں جو بوٹوں (boots) میں ہوں۔ درجہ تپش گندیدگی کی رفتار مقرر کرنے میں ایک اہم عامل ہے۔ ۶۰ سے ۷۰ تک کا درجہ تپش گندیدگی کی ترقی کے لئے سازگار ہے۔ یہی وجہ ہے کہ تغیرات گندیدگی موسم سرما

نسبت گرما میں زیادہ جلد ترقی کرتے ہیں۔ جب لاش معمولی طریق سے مدفون ہو تو قبر کی گہرائی رفتار گندیدگی پر اثر انداز ہوتی ہے، کیونکہ لاش جتنی بھی سطح کے قریب ہوگی اتنا ہی تپش کے موسمی اور روزانہ تغیرات کا زیادہ اثر پڑے گا۔ اور خرد عضویوں کے سوا باقی جتنے حالات گندیدگی کے لئے سازگار ہیں وہ تمام ایک مقررہ درجہ سے بڑھ جانے پر متضاد اثر رکھتے ہیں۔ جسم کا پانی کے اندر تمام تر ڈوبا ہوا ہونا گندیدگی کو روکتا ہے۔ ہوا کی فراوانی لگاتار رو کی شکل میں تپش پیدا کر کے بافتوں کو خشک کر دینے کا 44
رجحان رکھتی ہے۔ اور اس طرح تحلیل کو روکتی ہے۔ تپش کی دونوں سمتوں میں افراط غیر مساعد ہے۔ اگر درجہ تپش بہت زیادہ ہو تو نرم حصوں کو محنط (mummify) کر دیتا ہے اور اگر بہت ہی کم ہو یعنی نقطۂ انجماد سے بھی نیچے ہو تو ہر قسم کے تغیرات گندیدگی کو ایک غیر معین وقت تک اور قطعی طور پر روک دیتے ہیں۔

یہاں تک تو رفتار کو تیز کرنے والے یا کم کرنے والے جن اثرات پر غور کیا گیا ہے وہ بیرونی تعلق کے تھے۔ اب صرف ان حالات پر غور کرنا باقی رہ گیا ہے جو جسم کے ذاتی حالات ہوتے ہیں اور اسے کم و بیش گندیدگی کی جانب مائل کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔

عمر۔ بچوں کے جسم بالغوں کی نسبت زیادہ جلدی سے گندیدگی پذیر ہوتے ہیں۔ دبلے، پتلے اور بوڑھے آدمیوں کے جسم آہستہ سے سڑتے ہیں۔ فربہی جسم کو گندیدگی کی طرف مائل کرتی ہے۔ اسلوب موت بھی ضروری عوامل میں سے ہے۔ غیر قوتی نوعیت کے امراض، مثلاً تپ محرقہ (typhoid) تمام عفونتی امراض، استسقا (dropsy)۔ جو موت کہ وسیع میکانکی تضربات، بجلی اور بدررو کے گیسوں سے واقع ہو، یہ تمام اسباب عاجل گندیدگی پیدا کرنے کی طرف رجحان رکھتے ہیں۔ اس کے برخلاف جو اموات کہ سنکھیا یا سلفیورک ایسڈ (sulphuric acid) کے تسمم سے واقع ہوتی ہیں ان میں گندیدگی تاخیر سے واقع ہوتی ہے۔

امارات گندیدگی

بیرونی مناظر گندیدگی جو کہ ہوا میں ننگے پڑے ہوئے اجسام میں ظاہر ہوتے ہیں گندیدگی کی سب سے اوّل بیرونی علامت موت سے دوسرے یا تیسرے دن بعد سبزی مائل بدرنگی کی شکل میں شکم کے وسط پر نمودار ہوتی ہے جو کہ اعضا تناسل تک پھیل جاتی ہے۔ اس طرز کی بدرنگی کے دیگر مراکز ٹانگوں گردن اور پشت پر نمودار ہوتے ہیں۔ یقلات دبانے سے دب جاتے ہیں۔ قرنیہ (cornea) کم و بیش شکن دار ہوتا ہے اور لبنی نظر آتا ہے۔ اس مرحلے پر یا اس سے قبل ہی یعنی موت سے ۴، ۵ دن بعد منہ سے ایک خون آلود سیال کف اور ہوا کے بلبلوں سمیت ٹپکتا ہے۔ جو غازیں کہ تحلیل سے پیدا ہوتی ہیں وہ شکم کے اندر اور جلد کے نیچے جمع ہو کر تمام جسم کو متمدد کر دیتی ہیں اور چہرہ تک ناقابل شناخت ہو جاتا ہے۔ زبان ہونٹوں کے درمیان نکل پڑتی ہے اور آنکھیں باہر نکل آتی ہیں۔ موت سے ۸ یا ۱۰ دن بعد قرنیہ منخفض ہو جاتا ہے اور مقعر (concave) دکھائی دیتا ہے اور کچھ عرصہ بعد آبلے (bullæ) جو خون آلود مصل سے لبریز ہوتے ہیں سطح کے مختلف حصوں پر بن جاتے ہیں تمام بدن سرخی مائل بھورا یا سبزی مائل ہو جاتا ہے اور غازوں سے اور بھی متمدد ہو جاتا ہے۔ بڑے بڑے رقبے جلد سے معرّا ہو جاتے ہیں اور بے شمار کیڑے جسم کو ڈھانک دیتے ہیں۔ مزید اعمال وہ ہیں جو کہ نرم حصوں کی آخری تحلیل میں پائے جاتے ہیں اور جن کو درجہ وار شناخت کرنا ناممکن ہوتا ہے۔

ہیولٹ[لہ] (Hewlitt) کہتا ہے کہ جرثومی فعالیت کے نتیجہ کے طور پر جو تغیرات سب سے پہلے نمودار ہوتے ہیں وہ پروٹیوسز (proteoses) اور پیپٹون (peptone) کی، پھر لیوسین (leucin)، ٹاروسین (tyrosin) اور گلائیکوکال (glycocol) اور اساسی مرکبات کی جو کہ ٹومین (ptomine)

لہ Manual of Bacteriology.

کے نام سے موسوم ہیں تکوین ہے اور بعدۂ انڈول (indole) سکیٹول (skatole)، فینول (phenol) اور طیران پذیر شحمی ترشوں کی اور سب سے آخر میں مرکیپٹان (mercaptan)، سلفریٹڈ ہائڈروجن (sulphuretted hydrogen)، مارش گیس (marsh gas)، ایمونیا (ammonia)، کاربانک ایسڈ (corbonic acid) اور ہائڈروجن (H_2) کی تکوین ہے۔

یہاں ایک خاص اثر کا ذکر کر دینا مناسب ہے جو استثناء کے طور پر ان غازوں کے دباؤ سے پیدا ہوتا ہے جو کہفۂ شکم میں رُکی ہوتی ہیں۔ جو حاملہ عورتیں بچہ جنے بغیر مرگئی ہوں ان میں گاہے ایسا ہوا ہے کہ موت کے بعد جنین خارج ہو گیا ہے۔ ایولنگ[1] (Aveling) نے اس قسم کے ۴۴ واقعات جمع کئے تھے اور اور بھی وقتاً فوقتاً مندرج ہوتے رہتے ہیں۔ گرین[2] (Green) نے ایک مثال کی اطلاع دی ہے جس میں ایک ۲۰ سالہ عورت بحالت تشنج (جو غالباً تسمم بولی سے واقع شدہ تھا) مرگئی اس وقت جبکہ اس کے حمل کا آخری مہینہ تھا۔ موت کے ۵۳ گھنٹے بعد لاش کی رانوں کے درمیان ایک قریب المیعاد بچے کی لاش دیکھی گئی اور منعکس رحم کا قاعدہ چسپیدہ مشیمے سمیت مہبل کی راہ سے باہر بروز کئے ہوئے تھا اور عجان بہت ہی پھٹا ہوا تھا۔ اگرچہ جس وقت موت کے دو گھنٹہ
45 بعد ماں کی لاش باہر رکھی گئی اس وقت بچے کا کوئی نشان تک نہ تھا۔ جب ساقط شدہ رحم کو بحال کرنے کی کوشش کی گئی تو درون بطنی غازی دباؤ سے رحم پھر نکل آیا۔ جسم کے تمام حصوں میں اعمال گندیدگی غیر معمولی طور پر ترقی یافتہ تھے۔ شاذ مثالوں میں اغلب معلوم ہوتا ہے کہ بعد الموت ولادت کی وجہ رحم کا حقیقی انقباض ہوتا ہے جو کہ بدنی موت کے بعد فوراً عمل میں آتا ہے، اور یہ اس طرح ممکن ہے کہ شاید رحم کا نظام عضلی بھی قلب کی مانند اپنی سالماتی حیویت کافی دیر تک برقرار رکھتا ہے۔

رنگ کے تغیرات جو لاش میں نظر آتے ہیں ان کی پہلی وجہ سرخ دموی جسیموں کا گندیدگی سے تلف ہو جانا اور پھر ہیموگلوبن کا مصل میں حل ہو جانا ہے H_2S اس کے ساتھ ترکیب پاکر سلفر میٹ ہیموگلوبن (sulphur methæmoglobin)

The Lancel, 1895 ۲؎ Obstetrical Trans., 1873 ۱؎



Fig. 1.—Cuticle from Hand after Five Weeks Immersion in the Sea.



Fig. 2.—Cuticle from Foot after Five Months in the Sea; the Foot was covered with Stocking and Boot.



Fig. 1.—Formation of Adipocere in Cheeks and Scalp after Five Months Immersion in Sea Water.



Fig. 2.—Body Recovered from the Sea after Four Weeks Immersion.

بناتی ہے جس کے محلول کی ایک پتلی تہ کا رنگ سبز ہوتا ہے تبدیل شدہ لونی مادہ بافتوں میں مرتشح ہو کر انھیں اُسی رنگ سے رنگ دیتا ہے اور وریدوں کی تشریحی توزیع کو سیاہ خط ظاہر کرتے ہیں۔

جب جسم مدفون ہوتا ہے تو تابوت اور وہ مٹی جس میں یہ تابوت پڑا ہوتا ہے، ہوا سے محفوظ رکھنے کی وجہ سے گندیدگی کی رفتار پر معتد بہ ابطائی اثر رکھتی ہے۔ تابوت جس قدر زیادہ مضبوط اور ہوا بند ہوگا لاش اتنی ہی زیادہ دیر تک مصئون رہے گی، لیکن نمایاں طور پر ایسا اسی صورت میں ہوگا جب لاش موت کے فوراً بعد تابوت میں رکھ کر بند کر دی جائے پیشتر ازیں کہ گندیدگی کے تغیرات شروع ہوں جب گندیدگی کے تغیرات جاری ہوں اس وقت لاش کو کسی ہوا بند تابوت میں سربمہر کر دینے پر ابطائی اثر اس قدر قوی نہیں ہوتا جتنا کہ تازہ لاش کی صورت میں ہوتا ہے۔ بعض قسم کی زمینیں اپنے اندر مدفون شدہ لاشوں کو خواہ یہ بلا تابوت کے ہی گڑی ہوئی کیوں نہ ہوں حیرت انگیز طریقہ پر مصئون رکھتی ہیں۔ خشک ریتلی زمین بالخصوص جب حرارت بھی ہو بجائے گندیدگی کے بجائے تیبس کو ترقی دیتی ہے۔ حمائی (peaty) زمین گندیدگی کا ابطاء کرتی ہے غالباً ٹینک ایسڈ اور دیگر ترشوں کی وجہ سے یہ نباتی مادے سے ماخوذ ہوتے ہیں جس پر حمائی زمین زیادہ تر مشتمل ہوتی ہے۔

غرقابی سے واقع شدہ موت کے بعد اور اس صورت میں جبکہ غرقابی کے علاوہ دیگر وجوہ سے واقع شدہ موت کے بعد لاشیں فوراً پانی کے اندر ڈبو دی جاتی ہیں۔ گندیدگی جتنی ہوا میں ہوتی ہے اس سے بطی تر ہوتی ہے، کیونکہ ایک تو پانی کا درجہ تپش اوپر کی ہوا کے مقابل میں نسبتہً کم تر ہوتا ہے، دوسرے ہوا لاش سے دور ہوتی ہے۔ پہلے چند دن تک تو کوئی تبدیلی نہیں واقع ہوتی، لیکن اول ہفتے کے اختتام سے قبل ہی ہاتھ کی انگلیوں اور ہتھیلیوں اور پاؤں کے تلووں کی جلد مخمل (sodden) اور سفید ہو جاتی ہے۔ اور چہرہ خاکستری، پیلا رنگ اختیار کر لیتا ہے۔ سب سے پہلی بدرنگی چہرے پر ظاہر ہوتی ہے جو کہ پھولکر سرخی مائل بھورا ہو جاتا ہے اور ہپوٹوں اور

ہونٹوں پر سبز قطعے بن جاتے ہیں۔ یہ بدرنگی گردن اور سینے تک اتر آتی ہے بعض اوقات ثانی الذکر سطح پر چہرے سے پیشتر بھی کچھ سرخی نظر آتی ہے۔ اب جلد بہت ہی جھری دار ہوتی ہے اور ۶ یا ۸ ہفتہ کے بعد ہاتھوں اور پیروں کی جلد، اکثر اوقات دستانوں سے ملتی جلتی شکل میں جیسا کہ پلیٹ I میں دکھایا گیا ہے۔ جھڑ جاتی ہے اور بال یا تو گر جاتے ہیں یا بالکل جڑیں چھوڑ دیتے ہیں شکم تحلیلی غازوں سے از حد متمدد ہو جاتا ہے۔ یہ غازیں عموماً قدرتی روزنوں کی راہ سے خارج ہوتی ہیں۔ یہ انتفاخ ایک سے زیادہ دفعہ پے در پے پیدا ہوتا ہے۔ لاش ہر انتفاخ پر پانی کی سطح پر تیر آتی اور غازوں کے اخراج کے بعد پھر ڈوب جاتی ہے۔ دو یا تین مہینے کے بعد بازوؤں، سینے اور ٹانگوں کی جلد سبز ہو جاتی ہے گالوں اور لاش کے دیگر حصص شحموم (adipocere) کے قطعے بن جاتے ہیں جیسا کہ پلیٹ I، ا، II میں دکھایا گیا ہے۔ نرم حصے ایک یا دو ماہ اور گزرنے پر الگ ہو جاتے ہیں بعد میں ہڈیاں بھی جدا ہو جاتی ہیں۔ ہاردی لٹل جون[1] (Harvey Littlejohn) نے اس امر کی طرف توجہ منعطف کرائی ہے کہ جو لاشیں سمندر سے دستیاب ہوتی ہیں وہ بعض حیرت انگیز مناظر پیش کرتی ہیں۔ ایک منظر یہ ہوتا ہے کہ لاش کے سطحی حصے سرعت سے تباہ ہو جاتے ہیں کیونکہ لاش کے تمام تغیرات گندیدگی تازہ پانی کی نسبت سمندر میں زیادہ بطی ہوتے ہیں۔ سطحی حصوں کی سریع تباہی کا سب سے بڑا سبب مچھلیوں اور بالخصوص کیکڑوں کے حملے ہوتے ہیں پلیٹ II، د، ہ میں یہ بات بخوبی دیکھی جا سکتی ہے۔ جہاں کہ بربادی باقی جسم کی نسبت چہرے اور ہاتھوں میں بہت ہی زیادہ حد تک پہنچ چکی ہے۔ ہاردی لٹل جون (Harvey Littlejohn) نے موت سے ۱۰ دن کے اندر اندر سر اور چہرے
اور ہاتھوں اور پاؤں کی تمام ہڈیاں نوچکر ایسی صاف کی ہوئی دیکھی ہیں۔ 46
جیسے یہ تشریحی نمونے ہیں۔ بعد الموتی تضررات اس سے بھی زیادہ کثیر الوقوع ہیں، اور ہو سکتا ہے کہ سطح جسم کی خراشیں نمکین پانی کے عمل کے باعث شوخ سرخ یا پیازی رنگ کی ہوں۔ ایک مثال میں باجرے کے بیج (millet seed) سے شاہ دانہ کی گٹھلی (cherry-stone) تک کی جسامت کے

[1] Edin. Med Journ., 1903

کیلشیم فاسفیٹ (calcium phosphate) کی قلمیں پلورا کے ساتھ مضبوطی سے متضمم پائی گئیں۔

یہ دیکھا جائے گا کہ پانی میں گندیدگی سے پیدا ہونے والے لونی تغیرات کی ترتیب ہواہیں کی ترتیب سے مختلف ہوتی ہے۔ پانی میں لونی تغیرات چہرے سے شروع ہو کر نیچے کی جانب پھیلتے ہیں مگر ہواہیں شکم سے شروع ہو کر نیچے اور اوپر دونوں جانب پھیلتے ہیں۔ لاش خواہ غرقاب شدہ شخص کی ہو جو لگاتار پانی میں پڑی رہی ہو، خواہ موت کے بعد پانی میں پھینک دی گئی ہو پانی میں یہ ترتیب دونوں صورتوں میں ظہور پذیر ہوتی ہے۔ بشرطیکہ اس سے پہلے ہواہیں واقع ہونے والی تحلیل شروع نہ ہو چکی ہو۔ جب کوئی لاش پانی میں ایک ہفتہ یا اس کے قریب مدت تک پڑے رہنے کے بعد نکال لی جائے تو غالباً اس میں امارات گندیدگی بہت کم نظر آئیں گی، مگر اس کے بعد ہواہیں ذرا سی مدت کھلی پڑے رہنے سے گندیدگی نہایت تیز رفتار سے بڑھ جائیگی اور ایک ہی دن کے اندر اس سے زیادہ تبدیلی پیدا ہو جائے گی جو پانی میں کتنے مزید ہفتوں کی غرقابی سے پیدا ہو سکتی تھی۔ عفونت کی رفتار پانی میں بہت سے عوامل کے زیر اثر ہے۔ پانی کا درجہ تپش، جسم کی پوشش، غرقابی کا درجہ اور تسلسل، یہ سب کے سب عوامل ہیں۔ پایاب اور رکا ہوا (stagnant) پانی گہرے پانی کی بہ نسبت یا اس پایاب پانی کی بہ نسبت جس میں روانی ہو، زیادہ گندیدگی زا ہوتا ہے۔ بداہتہً تمازت آفتاب کا سب سے زیادہ اثر اول الذکر حالت ہی میں ہوتا ہے۔ اگر جسم لباس کی وجہ سے بخوبی محفوظ ہو تو ترقیِ گندیدگی میں تعویق ہوتی ہے۔ گہرے پانی میں مکمل اور مسلسل اغراق کمیٔ درجہ تپش اور فقدان ہوا کے مرادف ہے، لہذا یہ گندیدگی کو بطئی کرتا ہے۔ لاشیں بالعموم اس طرح تیرتی ہیں کہ سر اور جوارح پانی کے لیول کے نیچے رہتے ہیں۔ مردوں کی لاشیں مکبوب وضع میں اور عورتوں کی لاشیں بوجہ شکم اور پستانوں کی شحمی بافت کے اضطجاعی وضع میں تیرتی ہیں۔ اول الذکر کی صورت میں پشت اور آخرالذکر کی صورت میں پیٹ آبی لیول پہ یا آبی لیول کے قریب رہتا ہے۔ جن مُردوں میں شکمی چربی زیادہ

ہوتی ہے۔ ان کی لاشیں اضطجاعی وضع میں بھی تیر سکتی ہیں جب لاش نیز کر سطح پر آجاتی ہے تو گندیدگی کی رفتار تیز ہوجاتی ہے بالخصوص اگر آفتاب کی شعاعیں گرم ہوں بخلاف اگر کسی سبب مثلاً پانی کی تہ پر چکنٹ کیچڑ کی ایک موٹی تہ کی موجودگی یا نباتات، رسوں یا دیگر موانع سے واقع شدہ الجھن سے لاش تیرنے سے باز رہے تو اس کے برعکس اثر پیدا ہوتا ہے۔

کیسپر (Casper) نے ہوا، پانی اور زمین میں تغیرات گندیدگی کی حسب ذیل نسبت زمانی دی ہے۔ فرض کیجئے کہ تینوں صورتوں میں اوسط درجہ تپش یکساں رہتا ہے، تو ہوا میں ایک ہفتہ، پانی میں دو ہفتوں کے اور زمین میں معمولی طریق کی تدفین کے ۸ ہفتوں کے برابر ہوتا ہے۔

اندرونی گندیدگی مناظر۔ اندرونی اعضا میں کثافت، سختی، اور اپنی ساخت کے اندر سیال کی ایک خاص مقدار رکھنے اور ہوا کے لئے قابل باریابی ہونے کے اعتبار سے جو ذاتی اختلافات ہیں ان کے باعث ایک کم وبیش باقاعدہ ترتیب سے گندیدگی قبول کرتے ہیں۔ کیسپر (Casper) نے طویل تجربہ کی بنا پر ذیل کی ترتیب مقرر کی ہے۔

وہ جو سرعت سے سڑتے ہیں

۱۔ حنجرہ اور قصبۃ الریہ	(larynx and trachea)
۲۔ شیر خوار بچوں کا دماغ	(brain of infants)
۳۔ معدہ	(stomach)
۴۔ امعاء	(intestines)
۵۔ طحال	(spleen)
۶۔ ثرب اور ماساریقا	(omentum and mesentery)
۷۔ جگر	(liver)
۸۔ بالغ کا دماغ	(adult brain)

وہ جو آہستہ آہستہ سڑتے ہیں

قلب	(heart)

پھیپھڑے (lungs)
گردے (kidneys)
مثانہ (bladder)
مری (œsophagus)
لبلبہ (pancreas)
ڈایافرام (diaphragm)
عروق دموی، (blood-vessels)
رحم (uterus)

47 حنجرے اور قصبہ کی غشاء مخاطی موسم گرما میں ۳ سے ۵ دن کے اندر اور موسم سرما میں ۶ سے ۸ دن کے اندر شوخ یا بھورے سرخ یا سبزی مائل رنگ کی پائی جاتی ہے اور اس زمانہ میں بیرونی لونی تغیر صرف ایک ہوتا ہے یعنی شکم کا۔ جمجمے کی ہڈیوں میں عظمی انفصال کی عدم موجودگی ہوا کو ایک ایسے عضو میں آسانی سے داخل کر دیتی ہے جو تحلیل کی بہت خفیف مدافعت کرتا ہے، اس لئے بچوں کا دماغ بڑوں کی نسبت جلد تر سڑتا ہے۔ موت کے تقریباً ۵ یا ۶ روز بعد معدہ کے قعر میں میلے سرخ منفرد قطعوں کی شکل میں ابتدائی عفونت کی علامات نظر آتی ہیں، جو سب سے اول تابع حصص میں دکھائی دیتی ہیں جہاں کہ بعد الموت دھبے واقع ہوتے ہیں۔ معدے میں خراش آور زہروں سے پیدا شدہ التہابی علامات پر بعد الموتی تغیرات کے دھوکے کا سدِ باب کرنے کے لئے سخت احتیاط درکار ہے۔ طحال معدے سے پہلے بھی سڑ سکتی ہے۔ بالعموم جگر موت سے کئی ہفتے بعد تک سخت پایا جاتا ہے مرارہ (gallbladder) اور بھی زیادہ دیر تک عفونت کی مدافعت کرتا ہے۔ بالغ کا دماغ موت کے بعد جلد سکڑ جاتا ہے اور نصف کرّے ملائم ہو جاتے ہیں مگر دماغ کو پگھلکر سرخی مائل گودے میں تبدیل ہونے میں (جو کہ بچوں میں اس قدر جلد دکھائی دینے لگتا ہے) عام حالات میں کئی مہینے صرف ہو جاتے ہیں۔ باقی ماندہ اعضاء نسبتاً دیر میں سڑتے ہیں۔ قلب اس وقت جب کہ معدہ اور جگر تحلیل کے ترقی یافتہ درجے میں ہوتے ہیں خاصا تازہ معلوم ہوتا ہے۔

اور اس میں اُس درجہ کی تحلیل پیدا کرنے کے لئے بہت مہینے لگتے ہیں پھیپھڑوں میں عفونتی تغیرات بالعموم قلب کے تغیرات کے ساتھ ہی ظاہر ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ وہ ایسے وقت عمدہ حالت میں ہوں جبکہ بیرونی امارات عفونتی خوب ترقی یافتہ ہوں سب سے پہلی علامت یہ ہوتی ہے کہ پھیپھڑے کی سطح پر مختلف جسامت کے ہلکی رنگت کے سرخ داغ نمودار ہوتے ہیں اور ان مقامات پر بلور التحلیلی غازوں کی وجہ سے اُبھر آتا ہے۔ یہ چھوٹے چھوٹے آبلے اکثر اوقات نسبتہً تازہ لاشوں میں بھی ملتے ہیں، مگر مزید تغیرات جبتک کہ عمومی تعفن کافی حد تک ترقی نہ پالے ہرگز ظاہر نہیں ہوتے جبکہ پھیپھڑوں کا رنگ تبدیل ہوکر گہرا بوتلی سبز اور آخر کار سیاہ ہو جاتا ہے۔ بعدہٗ پھیپھڑے ملائم ہوکر برباد ہوجاتے ہیں گر وے دیر تک مدافعت کرتے ہیں اور موت سے ایک معتدبہ وقفہ کے بعد ملائم ہوکر سیاہی مائل سبز رنگ اختیار کر لیتے ہیں۔ مثانہ اور بھی زیادہ مدافع ہوتا ہے اور مری (œsophagus)، باقی ماندہ ہضمی خطہ کی بہ نسبت بہت زیادہ دیرپا ہوتی ہے۔ لبلبہ بھی اس وقت تک نہیں سڑتا جب تک کہ جسم مجموعی طور پر تحلیل نہ ہو لے۔ ڈایافرام (diaphragm) موت کے بعد ۴ سے ۶ مہینے تک دیکھا جا سکتا ہے اور اس کی عضلی اور وتر عریضی (aponeurotic) ساختیں تمیز کی جا سکتی ہیں۔ بڑے عروق بہت دیر تک قایم رہتے ہیں ڈیورژی (Devergie) نے ایک لاش میں جو چودہ ماہ تک مدفون رہ چکی تھی اورطیٰ (aorta) کو بخوبی قابل شناخت پایا جسم کے تمام نرم اعضا میں سے رحم سب سے زیادہ دیر تک مدافعت کرتا ہے، اور اس سے اس وقت جب کہ بیرونی اعضا عفونت سے برباد ہو چکے ہوں نہ صرف لاش کی صنف بلکہ حمل کی موجودگی یا عدم موجودگی یا تازہ ولادت بھی دریافت کی جا سکتی ہے، جیساکہ ایک بدبودار تحلیل شدہ لاش میں جو ۹ ماہ تک چہ بچہ میں پڑی رہ چکی تھی کیسپر (Caspar) نے کیا تھا۔

موت کے بعد عفونت پذیر لاش کے معائنہ سے پہلے کتنا وقفہ گزرا ہے، اس کا قریب قریب اندازہ بھی لگانا ناممکن ہے۔ موت کے بعد مقررہ

وقتوں میں درجہ عفونت اس قدر انتہائی طور پر اختلاف پذیر ہے کہ اوسط مقرر کرنے کی کوشش بے کار ہے۔ غیر معمولی طور پر جلد واقع ہونے والی عفونت کی کثیر التعداد مثالوں میں سے ایک ہی واضح مثال لیجئے جو کہ ٹیلر (Taylor) اور ولکس[1] (Wilks) نے درج کی ہے۔ ایک ۲۶ سالہ مرد ٹائیفائیڈ تپ (typhoid fever) اور لفائفی (ileum) میں انثقاب کی وجہ سے ماہ نومبر میں مر گیا۔ موت کے ۱۶ گھنٹے بعد کوئی جمود موتی موجود نہ تھا۔ تمام جسم پھولا ہوا تھا اور خلوی بافت اس قدر نفّاخی (emphysematous) تھی کہ جلد کو چھید نے پر گیس خارج ہوئی تھی جس کو آسانی سے آگ لگائی جا سکتی تھی۔ سطح کا رنگ سرخی مائل تھا۔ اندرونی اعضا سیاہی مائل، ملائم اور بے حد تحلیل شدہ تھے اور سخت بد بو پھیلا رہے تھے۔ جگر غاز (gas) سے پُر تھا۔ 48

جو عفونتی تغیرات غیر طبعی عجلت سے واقع ہوتے ہیں وہ اس معمولی ترتیب کے پابند نہیں ہوتے جس کا آغاز متذکرہ صدر بیان کے مطابق پیٹ پر ایک سبز قطعہ کی صورت میں ہوتا ہے، بلکہ بدنی سطح تمام کی تمام معاً سُرخ رنگ اختیار کر لیتی ہے جس میں سیاہ خطوط سطحی اور وہ کے ممرات ظاہر کرتے ہیں یہ منظر بہت کچھ ایسا منظر ہوتا ہے گویا ابتدائی مدارج یا تو حذف ہی کر دیے گئے ہیں یا عجلت سے گذار دیے گئے ہیں اور جس حالت کی پیدائش کے لئے عام طور پر ۱۰ یا ۱۲ یوم درکار ہوتے ہیں اسے اتنے ہی گھنٹوں میں طے کر لیا جاتا ہے۔

اس کے برعکس انتہائی مثال ٹیلر اور سٹیونسن[2] (Taylor and Stevenson) نے بیان کی ہے کوئی نوجوان جو یکایک مر گیا اس کی لاش ایسے فطرتی منظر پر قائم رہی کہ اسکے احباب اسے سکتہ ہی خیال کرتے رہے اور جب تک موت کو ۳۵ دن نہ ہو گئے، انھوں نے معائنہ تک کی اجازت نہ دی۔ اس وقت لاش کے اتنے طول عرصہ گرم فضا کے زیر اثر پڑے رہنے کے باوجود بھی یہ پایا گیا کہ عفونت نے بہت حد تک ترقی نہیں کی۔

ان انتہاؤں کے مدنظر یہ ایک صریحاً ناممکن امر ہے کہ لاش کے

---

[1] Guy's Hospital Reports, 1863

[2] Principles and Practice of Medical Jurisprudence

درجہ عفونت کا اندازہ محض اس وقفہ کی مدت سے لگایا جا سکے جو موت کے بعد گزر چکا ہے۔

بایں ہمہ ممکن ہے کہ بعض حشراتیاتی (entomological) تحقیقات جو میگنن[1] (Megnin) اور دوسروں نے لاش کے فانا (fauna) کے متعلق انجام دیں، مفید ثابت ہوں۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ حشرات کے مختلف انواع تحلیل پذیر لاش کی پے در پے خارج شدہ بوؤں سے فرداً فرداً یہ پہچان لیتے ہیں کہ ان بوؤں کو ایک مناسب غذائی واسطہ میں بدلنے کے لئے جس درجۂ عفونت کی ضرورت ہے وہ کب آتا ہے میگنن (Megnin) نے معلوم کیا کہ حشراتیات کے گروہوں کے توالی میں ایک باقاعدہ ترتیب ہوتی ہے اور موت کے بعد گزرے ہوئے وقفہ کا اندازہ اس امر سے لگایا جا سکتا ہے کہ اس وقت لاش پر کونسے نوع کا کیڑا موجود ہے۔ ان گروہوں میں سے سب سے اول میں معمولی مگس خانہ شامل ہے جو لاش پر مرنے کے بعد شروع کے دنوں میں انڈے دیتی ہے۔ موسم گرما میں انڈوں کو کامل تکوین یافتہ حشرات کے درجہ تک نمو پانے میں تین ہفتے لگتے ہیں گویا اگر زرگونہ خالی پایا جائے تو یہ اس امر کا ثبوت ہے کہ موت کے بعد اس سے زائد عرصہ گزر چکا ہے دوسرا گروہ لوسیلیا (lucilia) اور سارکوفیگا (sarcophaga) کی جنس (genera) کی مکھیوں پر شامل ہے جو کہ موت کے تین چار دن بعد جونہی کہ علامات عفونت صاف صاف ظاہر ہونے لگتی ہیں کشش ہوتا ہے۔ ایک تیسرا گروہ کولیوپٹرا (coleoptera) اور لیپیڈوپٹرا (lepidoptera) کا ہے جو موت سے تین چار ماہ بعد چربی شحم کے تحلیل ہونے کی وجہ سے کشش ہوتا ہے۔ ایک چوتھا گروہ مکھیوں [پیوفیلا (piophila) اور انتھومایا (anthomyia)] پر کلیوپٹرا (cleoptera) [نکروبیا (necrobia)] سمیت شامل ہے جو کہ موت کے بعد ۸ ماہ میں ظاہر ہونے والے درجۂ عفونت سے کشش ہوتا ہے۔ میگنن (Megnin) کرموں کے ۸ گروہوں کے سلسلہ کے ذریعہ ترقی عفونت کا پتہ لگاتے ہوئے موت کے بعد چوتھے سال تک پہنچا ہے جبکہ شمار کا یہ طریقہ ختم ہو جاتا ہے۔ جانسٹن اور ولینیو[2] (Johnston and Villeneuve) نے اس امر کی طرف توجہ منعطف کرائی ہے کہ کرمیاتی معطیات (data) کو طب قانونی میں استعمال کرنے سے پیشتر یہ ضروری ہے کہ انسانی جسموں پر مشاہدات وتجربات مختلف

---

[1] La Faune des Cadavres, 1894.

[2] Montreal Med. Journ., 1887

مقامات پر عمل میں لائے جائیں کیونکہ ان کی رائے میں جو تجربات اسفل حیوانات کے اجسام پر کئے جاتے ہیں، وہ مغالطہ پیدا کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔

احشاء کے عفونتی تغیرات چند ایسے ہیں کہ جن کا التہابی تغیرات سے تمیز کرنا ضروری ہے مثلاً معدے اور آنتوں میں بعض منظر ایسے بھی نظر آتے ہیں جو اگرچہ کہ عفونت کا نتیجہ ہوتے ہیں تاہم ممکن ہے کہ ان پر خراش آور زہر کے اثرات کا دھوکا ہو پس پہلا امر جو یاد رکھنا چاہیئے یہ ہے کہ عفونت کی سرخی تمام ان بافتوں میں جن سے ایک عضو مرکب ہوتا ہے پھیل جاتی ہے اور اس لحاظ سے جو کچھ بھی اختلاف ہے وہ ان ساختوں کی جو عضو کی تکوین میں حصہ لیتی ہیں اختلاف پذیر کثافت پر مبنی ہوتا ہے۔ معدے کی ایسی سرخی جو حبابات میں کسی خراش آور یا کے عمل کا نتیجہ ہوتی ہے غشاء مخاطی تک محدود رہتی ہے۔ اور وہ سرخی جو عفونت کا نتیجہ ہوتی ہے وہ عضلی طبقوں پر بھی پھیل جاتی ہے جا و التہاب معدہ کے بعد غشاء مخاطی ان ساختوں سے جن پر وہ ٹکا ہوتا ہے آسانی سے علٰحدہ کیا جا سکتا ہے، مگر یہ حالت عفونت کے بعد دیکھنے میں نہیں آتی۔ یہ نسبت التہابی بدرنگیوں کے بعد الموت سرخی کا ممر عروق دموی کی توسیع کی زیادہ واضح متابعت کرتا ہے۔ موت کے بعد ملتہب حصے کے عروق دموی خون سے پُر ہوتے ہیں اور عفونتی 49
سرخی کے قطعہ کے عروق یا تو خالی ہوتے ہیں یا گیسوں سے متمدد ہوتے ہیں۔ مصلی کہفوں میں سیال بھی پایا جا سکتا ہے جو کہ درحیاتی ارتشاح سے التہابی حاصلات (قیحی جسیموں، غشاء کے ٹکڑوں، ارتشاحی جسیموں وغیرہ کی عدم موجودگی) اور نیز غشاء کی کثافت کی عدم موجودگی کے ذریعہ تمیز کیا جا سکتا ہے۔

ایسے دو استثنائی اعمال ہیں کہ جو معمولی عفونت کی بجائے ظاہر ہوتے ہیں تحنیط (mummification) اور نرم حصوں کا شحمی موم (adipocere) میں تبدیل ہونا۔

تحنیط (MUMMIFICATION)

اس اصطلاح سے یہ مراد ہے کہ جسم کے نرم حصے متیبس ہو جاتے ہیں اور بجائے اس کے کہ وہ بی عفونت کے ذریعہ تلف ہو جائیں سوکھ کر یا تو چمڑے کی مانند سخت تودوں کی صورت میں محفوظ ہو جاتے ہیں یا شکستنی ہو جاتے ہیں۔ انگلستان جیسی آب وہوا میں صرف استثنائی حالات کے ماتحت تحنیط ہو سکتی ہے اس کیلئے گرم اور خشک ہوا کی ضرورت ہے جو سب سے زیادہ موثر اس وقت ہوتی ہے جب حرکت میں ہو۔ زیر زمین تحنیط گرم ممالک کے ریتیلے حصوں میں زیادہ عام ہوتی ہے۔ نوزائیدہ بچوں کی محنط شدہ لاشیں یا تو صندوقوں میں ملی ہیں یا مکان کے شہتیروں اور نیچے کے کمرے کی چھت گیری کے درمیان خشک ہوا کی رووُں کے زیر اثر پائی گئی ہیں۔ تحنیط ہونے کے لئے جو مدت درکار ہے وہ مختلف حالات میں اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ تحنیط تین ماہ میں ہو جاتی ہے۔

شحمی موم (ADIPOCERE)

جس شئے پر اس نام کا جو کہ شحم (adeps) اور موم (cera) سے مشتق ہے، اطلاق کیا جاتا ہے، وہ ایک غیر خالص ایمونیائی (ammoniacal) صابون ہے اس کا اساس اولیئک (oleic) اور اسٹیرک (stearic) ترشوں کے ایمونیا (ammonia) سے مرکب ہے جس کیساتھ عضوی بافتوں سے ماخوذ شدہ ریشے اور دیگر چیزیں، پوٹاش، سوڈا چونے، فولاد کے املاح کی مختلف مقدار بھی آمیز ہوتی ہے بعض حالات میں یہ اساس ایمونیا کے بجائے چونے کا ہوتا ہے غالباً اس وجہ سے کہ جس واسطے میں لاش پڑی ہوتی ہے، اس کے اندر چونے کی بڑی مقدار ہوتی ہے۔ اس کے دو بڑے بڑے جزو یعنی شحم اور ایمونیا جسم کے نرم حصوں سے ماخوذ ہوتے ہیں اور موخر الذکر یعنی شحم نائٹروجینی بافتوں کی تحلیل سے پیدا ہوتی

ہے۔ فربہ اشخاص اور بچوں میں (جن میں عام طور پر شحمی بافت وافر ہوتی ہے) لاش کے شحمی موم میں تبدیل ہونے کا احتمال اُس سے بہت زیادہ ہوتا ہے کہ جتنا دُبلے پتلے شخصوں کے جسموں میں ہوتا ہے۔ بااین ہمہ اغلب ہے کہ وہ شحمی ترشے جو شحمی موم کی تکوین سے تعلق رکھتے ہیں، شحمی بافتوں کے علاوہ جو کہ عین بوقت موت موجود ہوتی ہیں جزئی طور پر وٹینوں سے بھی ماخوذ ہوں کیونکہ ایسی ترقی یافتہ کئی لاشوں میں جن میں جسم کے نرم حصے تقریباً تمام کے تمام شحمی موم میں تبدیل ہو گئے ہیں جو مناظر پائے جاتے ہیں وہ اس نظریہ سے کہ ترشے محض پہلے سے بنی ہوئی شحم سے ماخوذ ہیں، نقیض ہوتے ہیں۔ بیرونی حالات جو شحمی موم کی تکوین کے مساعد ہیں وہ یہ ہیں: لاش کی غرقابی اور اس کا مرطوب زمین یا مردوں سے بھرے ہوئے گورستان میں دفن رہنا۔ چونکہ یا تو تکوین صابن (saponification) کو ترقی دیتے ہیں یا معمولی عفونت کو، یعنی بعض اوقات اس کو اور بعض اوقات اُس کو۔ تکوین صابون جس وقت شروع ہوتی ہے اس سے پیشتر عفونت ایک محدود درجے تک پیدا ہو چکی ہوتی ہے۔

شحمی موم (adipocere) موم کی شکل کی، ایک چکنی محسوس ہونے والی چیز ہے۔ اور اس کی کثافت اضافی پانی سے کمتر ہوتی ہے اس کا رنگ تقریباً سفید سے لیکر سیاہی مائل بھورے تک اختلاف پذیر ہوتا ہے اور اس کی بو سخت ناگوار ہوتی ہے خاص کر جب اسے گرم کیا جائے۔ اگر اسے توڑا جائے تو اس میں ریشوں کے شائبات دکھائی دیتے ہیں جن کے شبکوں کے درمیان
صابون کا جماؤ ہوتا ہے۔ سیویڈلی[1] (Cevidalli) نے بتلایا ہے کہ توصیلی اور 50
لچکدار بافتوں کے اس طرح قائم رہنے سے صابن بننے والے تمام اعضا کی تشریحی ساخت معلوم ہو جاتی ہے۔ شحمی موم ایک بہت ہی مستقل (stable) شئے ہے اور سالہا سال تک قائم رہ سکتی ہے۔

چونکہ شحمی موم کی تکوین کے لئے جو عرصہ درکار ہے وہ بہت سے اندرونی اور بیرونی حالات پر موقوف ہے اس لیے قدرتاً اختلاف پذیر ہے یہ خیال قائم کیا گیا تھا کہ شحمی موم کی تکوین کے لئے کم از کم مدت جس کی ضرورت ہے قریباً

---

[1] Vierteljahrsschr. d ger.Med., 1906.

دو یا تین ماہ کی غرقابی ہے، مگر اس کے آثار ۴ یا ۵ ہفتے کے اندر اندر بھی پائے گئے ہیں۔ مرطوب زمین میں اس سے زیادہ عرصہ لگتا ہے یعنی ۸ سے ۱۲ ماہ تک۔ یہ امر قابل تسلیم ہے کہ لاشوں میں تکوین صابن کی علامات معتدل ممالک میں اور ایسے حالات کے ماتحت جو تکوین صابون کیلئے سازگار ہوں موت سے ایک ماہ بعد دیکھی جا سکتی ہیں، لیکن تمام نرم حصوں کے شحمی موم میں تبدیل ہونے کے لئے بہت سال درکار ہوتے ہیں۔

گرم آب و ہوا میں یہ عمل تحیر خیز سرعت سے ہوتا ہے۔ ذیل کے واقعات میکنزی (Mackenzie) نے رپورٹ کئے ہیں جو کلکتہ میں پیش آئے (۱) ایک ہندو مرد جو گھوڑے کی لات سے ہلاک ہو گیا تھا، دوسرے دن دفنا یا گیا، دفن کرنے کے چار دن بعد لاش کو قبر کھود کر اس غرض سے نکالا گیا کہ تفتیش عمل میں لائی جا سکے۔ لاش ترقی یافتہ تکوین صابون کی حالت میں تھی، قلب اور جگر تک صابن بن چکے تھے۔ (۲) ایک نوجوان چینی (Chinese) عورت جس کے متعلق بیان کیا گیا تھا کہ دوران وضع حمل میں ہلاک ہو گئی ہے، دفنا دی گئی کچھ حالات کیوجہ سے تفتیش لازمی ہو گئی اور جب لاش کو تدفین کے ۲۶ گھنٹے بعد قبر کھود کر نکالا گیا تو بہت حد تک صابون بنی ہوئی پائی گئی۔ یہ لاشیں ایسی نرم اور مسامدار زمین میں دبائی گئی تھیں جو نمی سے سیر شدہ تھی اور جس کا درجہ تپش بہت بلند تھا۔ موخر الذکر لاش لکڑی کے تابوت میں بند تھی۔ (۳) ایک نوجوان فرنگی دریائے ہگلی میں ڈوب گیا اور اسکی لاش سات دن کے بعد بازیافت ہوئی جو کہ ظاہرا تکوین صابون کی ترقی یافتہ حالت میں تھی، پھیپھڑے، قلب، جگر، معدہ اور آنتیں یہ سب صابن بن چکے تھے۔ لیکن جو امر زیادہ تحیر خیز تھا وہ یہ تھا کہ معدے کے اندر غیر منہضم غذا یعنی گوشت اور آلو پائے گئے جن میں سے گوشت سارے کا سارا صابن بن چکا تھا، لیکن آلوؤں میں ذرا بھی تبدیلی واقع نہ ہوئی تھی۔ شحم موم میں جلد تبدیل ہونے کی اور بھی مثالیں جو ہندوستان میں ظہور پذیر ہوئیں درج ہیں۔ اور ایک مثال میں لاش صرف دو ہی دن میں اندرونی اور بیرونی طور پر صابن میں تبدیل ہو گئی۔

لہ The Indien Med gazette, 1889.

احراق (CREMATION)

لاشوں کو بذریعہ آگ کے ٹھکانے لگانے کا رواج اس ملک میں آہستہ آہستہ بڑھ رہا ہے۔ چونکہ مردہ کے جل چکنے کے بعد موت کے سبب کی مزید تحقیقات کا کوئی ذریعہ باقی نہیں رہتا، لہذا قانون اس کا مقتضی ہے کہ جلانے سے پیشتر خاص پیش بندیاں اختیار کی جائیں تاکہ یہ امر شک و شبہ سے پاک ہو کر پایۂ ثبوت کو پہنچ جائے کہ ہلاکت طبعی اسباب سے واقع ہوئی ہے۔

احراق کے متعلق ان قواعد کو محکمہ داخلہ نے آئین احراق ۱۹۰۲ء کے تحت قلمبند کیا ہے۔ جب کسی لاش کا احراق کرنا منظور ہو تو لازم ہے کہ وصیت کا تعمیل کنندہ یا متوفی کا قریب ترین رشتہ دار ایک نقشۂ عرضداشت پُر کرے جو کہ حاکم ذمہ دار احراق کو واپس کر دیا جائے۔ عرضی کنندہ کو منجملہ دیگر امور کے یہ بتانا چاہیئے کہ اس کا متوفی کے ساتھ کیا رشتہ ہے۔ کیا متوفی نے کوئی تحریری ہدایات چھوڑی ہیں کہ اس کی لاش کو ٹھکانے لگانے کا کیا طریقہ ہو۔ آیا متوفی کے کسی قریبی رشتہ دار نے مجوزہ احراق پر کوئی اعتراض اٹھایا ہے۔ اگر اٹھایا ہے تو کن بناؤں پر۔ موت کی تاریخ اور وقت کیا تھا۔ کیا اسے معلوم ہے یا کیا اس کے پاس یہ گمان کرنے کی وجوہ ہیں کہ ہلاکت بلاواسطہ یا بالواسطہ طور پر (۱) تشدد (۲) یا زہر (۳) یا تنگدستی یا غفلت سے واقع ہوئی اور آیا اس کو یہ فرض کرنے کے کوئی دلائل معلوم ہیں کہ متوفی کی لاش کا امتحان کرنے کی ضرورت ہے۔ اور اس پر یہ بھی واجب ہے کہ متوفی کے معمولی طبی معالج کا اور نیز ان طبیبوں کا جو متوفی کی بیماری میں اس کا معالجہ کرتے رہے نام اور پتہ بیان کرے۔ یہ بیانات جسٹس آف دی پیس (Justice of the Peace) یا کمشنر آف اوتھس (Commissioner of Oaths) کے روبرو ہونے چاہئیں۔ دو طبی صداقت ناموں کی ضرورت ہے ایک اس طبیب
5.1 کی جانب سے ہو جو مریض کا آخری علالت میں معالج رہا ہو اور اس میں اس طبیب کے لئے ان امور کا اظہار کرنا ضروری ہے کہ موت سے پیشتر اس نے متوفی کا معالجہ کیا تھا اور یہ کہ موت کے

بعد اس نے متوفی کی لاش کو دیکھا ہے اور شناخت کیا ہے۔آیا وہ متوفی کا کوئی رشتہ دار ہے۔آیا جہاں تک اسے علم ہے متوفی کی موت سے اس کا مالی مفاد تو وابستہ نہیں،موت سے کتنی مدت کے بعد اس نے لاش کو دیکھا اور کس کس چیز کا معائنہ کیا۔سبب ہلاکت کیا تھا۔اگر ممکن ہو تو اوّلیں اور ثانوی اسباب میں تفریق کرنی چاہیئے جس طرح کہ موت کے صداقت نامہ (death-certificate) میں کی جاتی ہے۔کوئی دیگر سبب تو نہیں ہے جو موت میں معاون ہوا ہو یا اس کا مسرع ہوا ہو۔موت غشیان تو ماندگی تشنج وغیرہ وغیرہ ان میں سے کس اسلوب سے ہوئی،کیا متوفی نے آخری بیماری کے دوران میں یا سال ماقبل موت میں کوئی عملیہ تو نہیں کروایا تھا۔اگر کروایا تھا تو اس کی نوعیت کیا تھی اور کس نے اس کو انجام دیا۔دوران علالت میں متوفی یا متوفیہ کی تیمار داری کون کرتا تھا۔موت کے لمحہ پر اگر کوئی اشخاص پاس موجود تھے تو وہ کون تھے۔کیا اسے متوفی کی عادات اور بنیتہ کو مدنظر رکھتے ہوئے نوعیت موت یا سبب موت کے متعلق کوئی شبہ تو نہیں ہوا۔کیا اسے معلوم ہے یا اس کے پاس یہ گمان کرنے کی وجوہ ہیں کہ ہلاکت یا مرض بلا واسطہ یا بالواسطہ طور پر (۱) تشدد (۲) زہر (۳) تنگدستی یا غفلت سے واقع ہوئی۔اور آیا یہ فرض کرنے کے لئے اس کے پاس کوئی بھی دلیل ہے کہ لاش کا مزید امتحان کرنے کی ضرورت ہے اور کیا وہ موت درج رجسٹر کرانے کے لئے جس صداقت نامہ کی ضرورت ہے وہ صداقت نامہ دے چکا ہے۔دوسری یعنی توثیقی سند دینے کا اختیار صرف ایسے طبیب کو ہوتا ہے جو درج رجسٹر ہو اور کم از کم ۵ سال کا تجربہ رکھتا ہو۔اس کے علاوہ یا تو میڈیکل افسر آف ہلتھ (Medical Officer of Health) ہو یا پولیس سرجن یا ۱۹۰۱ء کے کوٹھیوں اور کارخانجات کے آئین کے مطابق تصدیق کنندہ سرجن یا آئین معاوضہ کاریگران کے مطابق طبی ثالث ہو، یا کسی ایسے جنرل پبلک ہاسپٹل (General Public Hospital) میں جو کم از کم ۵۰ پلنگوں پر مشتمل ہو فزیشن (Physician) یا سرجن (Surgeon) ہو یا احراق کروانے والے حاکم کی جانب سے اسی غرض کی خاطر متعین ہو۔اس طبیب کو صداقت نامہ میں یہ بیان کرنے کی ضرورت ہے کہ آیا اس نے لاش کو احتیاط سے دیکھا ہے۔کیا اس نے یا کسی اور نے بعد الموت امتحان انجام دیا ہے؟۔وہ اس طبیب سے جس نے پہلا صداقت نامہ دیا تھا کسی اور طبیب سے جس نے متوفی کا معالجہ کیا ہو یا کسی ایسے شخص سے جو اس کی آخری علالت میں تیمارداری کرتا رہا ہو یا موت کے موقعہ پر پاس موجود رہا ہو، ملا ہے اور اس سے استفسار

کیا ہے۔ یا متوفی کے کسی رشتہ دار سے ملاقات کی ہے یا سوالات پوچھے ہیں یہ بیان کرینگی بھی ضرورت ہے کہ اُسے اس امر کا اطمینان ہے کہ سبب ہلاکت یہی ہے اور اس امر کی توثیق بھی کرینگی ضرورت ہے کہ وہ کسی ایسے حالات سے آگاہ نہیں ہے جس سے اس کو یہ شبہ ہو کہ ہلاکت کلیتہً یا جزئیتہً مرض یا حادثے کے علاوہ کسی دیگر سبب سے واقع ہوئی ہے اور یہ کہ اُسے کسی طرح کے بھی حالات معلوم نہیں ہیں جو لاش کا جلایا جانا غیر مناسب قرار دیں۔

یہ درخواست اور صداقتنامے احراق کروانے والے حاکم کے طبی ثالث کے پاس بھیج دئے جاتے ہیں جو ان کی جانچ کرتا ہے اگر اس کو اطمینان ہو جائے کہ آئین احراق اور دیگر قواعد کی تمام مقتضیات پوری کر دی گئی ہیں تو لاش کو جلانے کی اجازت دے دیتا ہے۔ یا بعدالموت امتحان کرنے کا حکم صادر کر سکتا ہے اور اگر اس سے بھی سبب ہلاکت معلوم نہ ہو تو پھر تاوقتیکہ تفتیش نہ ہولے اور کارونر ضروری صداقتنامہ نہ دے دے اُسے احراق کی اجازت دینے سے انکار کر دینا چاہیئے۔

جب کسی شخص کی لاش کو جس کے متعلق تفتیش عمل میں آئی ہو جلا دینا منظور ہو تو کارونر ایک خاص نقشہ پر کرتا ہے۔ اس میں جیوری کی رائے کا حوالہ دے کر بیان کرتا ہے کہ اس کو شہادت کی بنا پر اطمینان ہے کہ کوئی ایسے حالات موجود نہیں جن کی بنا پر لاش کے مزید امتحان یا کسی حصہ کے کیمیاوی تجزیہ کی ضرورت پائی جائے۔ کارونر کا صداقت نامہ اور درخواست کا نقشہ بعدہٗ احراق کروانے والے حاکم کے پاس بھیج دیا جاتا ہے اور ان دونوں طبی صداقت ناموں کی جو اوپر مذکور ہوئے ہیں ضرورت نہیں پڑتی۔

52

باب ۸

ذی حیات کی شناخت

شناخت کی بحث زندہ شخص اور لاش دونوں کے متعلق پیدا ہوتی ہے، اور

دونوں صورتوں میں بعض علامات ایسی ہوتی ہیں جن سے سراغ ملتا ہے لیکن بنظر سہولت مردہ کی شناخت پر الگ غور کیا جائے گا۔

زندہ شخص کی شناخت۔ فوجداری عدالتہائے قانونی میں قتل عمد، زد و کوب، اور زنا بالجبر کے الزام کے تعلق میں زیر بحث آتی ہے اور ایسے مفرور قیدیوں یا مجنونوں کے تعلق میں جو روک مقام سے بچ رہے ہوں۔ دیوانی عدالتوں میں قانونی تحقیقات کا موضوع ایسے شخص کی شناخت ہو سکتی ہے جو کسی جائداد کا دعویدار ہو یا جو ملک سے بہت عرصہ تک غیر حاضر رہ چکا ہو اور واپسی پر اپنے خاندانی تعلقات کو از سر نو تازہ کرنے کا متمنی ہو۔ بہت سے امور جو دیوانی مقدمات میں کارآمد ہوتے ہیں، مثلاً شکل میں خاندانی مشابہت، آواز، چال ڈھال اور اسی طرح کی دیگر خصوصیتیں۔ یہ سب طبی ماہر کے دائرہ اعتنا سے خارج ہوتے ہیں۔ اس کی مدد زیادہ تر ان امور کی تحقیق میں درکار ہوتی ہے کہ خلقی نشانات کی موجودگی یا عدم موجودگی یا ایسے نشانات کی جو بعد میں پیدا ہو گئے ہوں یا بدشکلیوں کی خواہ یہ خلقی ہوں یا اکتسابی، یا بالوں کے رنگ کے مصنوعی تغیرات کی موجودگی یا عدم موجودگی یا دیگر مماثل معاملات۔ اور ممکن ہے کہ اسے ان امور کے متعلق بھی رائے پیش کرنے کے لئے طلب کیا جائے کہ جلد کے ندبوں اور نشانات کے غائب ہو جانے کا بغیر اس کے کہ کچھ اثر باقی رہے کہاں تک امکان ہے اور یہ کہ وقت، موسمی اثرات کی زد میں رہنا اور مصائب برداری عام شکل و صورت میں کہاں تک تغیر پیدا کرتی ہے۔ فوجداری مقدمات میں ماہر کی توجہ ان چیزوں کی طرف مبذول کرائی جاتی ہے۔ تازہ زخم، کھرنچیں، نقوشِ پا اور کشمکش کی دیگر علامات، ان کے علاوہ زیادہ دیر کے نشانات اور امارات، نیز بالوں کی، خون کے دھبوں کی اور دیگر لوثی مادوں کی جو جسم یا لباس پر موجود ہوں، موجودگی جب کسی ایسے فرد کے بدن کا معائنہ کرنے کا حکم ہو جو مجرمانہ تشدد کے فعل کے ارتکاب کا ملزم ہو تو طبیب کو لازم ہے کہ ملزم کی اجازت حاصل کر لے اور اس پر واضح کر دے کہ اگر کوئی تلویثی نوعیت کی علامت معلوم ہوئی تو وہ بوقت سماعت تمہارے خلاف بطور شہادت استعمال ہوگی۔ اگر ملزم معائنہ کی اجازت نہ دے تو

معائنہ ہرگز نہ کرنا چاہیئے ۔ اس میں وہی اصول مضمر ہے جو ملزم سے زبانی استفسار کرنے پر اطلاق پذیر ہوتا۔ قانون یہ چاہتا ہے کہ قبل از استفسار ملزم کو اس امر کی خبر کرنا لازمی ہے جو کچھ وہ جواب میں کہے گا ممکن ہے کہ عدالت میں پیش ہو اور بطور شہادت اس کے خلاف استعمال کیا جائے ۔ کوئی شخص اس پر مجبور نہیں ہے کہ زبانی الفاظ کے ذریعہ یا اپنے خلاف مرضی بدن کو امتحان کے لئے پیش کر کے اپنے خلاف شہادت بہم پہنچائے ۔

ندبات ۔ زخموں کے مندمل ہونے سے جو ندبے رہ جاتے ہیں تفرق کی نوعیت کے لحاظ سے ان کی جسامت شکل اور ہیئیت مختلف ہوتی ہے ۔ اگر بافت کا ضیاع نہ ہوا ہو جیسا کہ خطی شگاف کی صورت میں ہوتا ہے اور اگر زخم چھوٹا ہو اور اوّلی التیام کے ذریعہ مندمل ہوا ہو تو ممکن ہے کہ پیدا شدہ ندبہ کچھ مدت کے بعد اگر بالکل نہیں تو قریب قریب غیر مرئی سا ہو جائے اگر جلد کی موٹائی ساری کی ساری ایک جانب سے دوسری جانب تک چر گئی ہو تو پھر اس میں شک ہے کہ ندبہ کبھی بھی قطعی طور پر غائب ہوتا ہے ۔ اور جو ندبے فصد یا محجمہ (cupping) کی وجہ سے باقی رہ جاتے ہیں وہ عام طور پر مستقل ہوتے ہیں اور صاف صاف نظر آتے ہیں ۔

53 اگر جلد کے ایک حصہ کی پوری موٹائی برباد ہو جائے تو پھر اس حصہ کی کبھی تجدید نہیں ہوتی ۔ ندبی بافت جو کہ اس کی جگہ لیتی ہے مستقل ہوتی ہے اور صادق جلد کے اوصاف سے معرا ہوتی ہے ۔ نہ تو اس میں دہنی غدے ہوتے ہیں اور نہ تعریقی غدے اور نہ شعری جرابیں ہی ہوتی ہیں اور اس میں عروق دموی بہت ہی تھوڑے ہوتے ہیں ۔ ابتدائی مرحلے میں یہ ندبہ سُرخ رنگ کا ہوتا ہے جو بھورے رنگ میں بدل جاتا ہے ۔ اس کے بعد بھورا رنگ ماند پڑ جاتا ہے اور ایک مدت کے بعد یہ ندبہ سفید اور کم و بیش چمکیلا ہو جاتا ہے ۔ اور یہ منظر دیرینہ ندبوں کا مستقل اور مخصوص منظر رہتا ہے یہ تغیرات کتنے زمانہ میں واقع ہوتے ہیں اس کے لئے کوئی حد مقرر نہیں ۔ ممکن ہے کہ ندبہ کئی سالوں تک رنگدار ہی رہے ۔ اگر کچھ کہا جا سکتا ہے تو بس اتنا کہا جا سکتا ہے کہ جو ندبہ سُرخ ہے

وہ غالباً دیرینہ نہیں اور جو ندبہ کہ سفید ہے وہ تازہ نہیں۔ درمیانی درجے کے ندبہ کی مدت غیر متیقن ہے ۔کسی دیرینہ خطی شگاف کے ندبے کی نمود ایک حد تک گردوپیش کی جلد کے رنگ پر منحصر ہے ۔ اگر جلد سفید ہے تو ندبہ بوجہ ماحول سے بہت ہی کم اختلاف رکھنے کے سرسری نگاہ سے ضرور چھوٹ جائے گا ۔ ندبہ کا وجود ثابت کرنے کے لئے اس امر سے مدد ملتی ہے کہ اس کی رسد خون نسبتاً کمزور ہوتی ہے ۔اگر کسی حصے کو رگڑ کر یا اس پر ہاتھ یا بھیگا ہوا کپڑا مار کر اس کی عروقی فعالیت کو برانگیختہ کیا جائے تو ایک طبعی جلد سرخ ہو جاتی ہے اور ندبہ بوجہ اپنی سفید شکل کو برقرار رکھنے کے متمیز طور پر نمایاں ہو جاتا ہے ۔جب خفیف خطی ندبے تلاش کرنے ہوں تو روشنی کو ترچھا پڑنے دینا چاہیئے اور کسی عدسے کی مدد سے معائنہ کرنا چاہیئے۔ ندبے کو مٹانے کی کوشش بداہتہً ناکام رہیگی ۔ چونکہ اس حصے کی جلد مفقود ہوگئی ہوتی ہے اور اس کے بجائے دیگر بافت موجود ہوتی ہے ۔ لہذا اُس بافت کو دور کرنے سے جلد بحال نہیں ہوسکتی۔ بعض اوقات ایک سمٹا ہوا ندبہ کاٹ کر نکال دیا جاتا ہے اور زخم کے کنارے ملا دیے جاتے ہیں جس سے ندبہ خطی بن جاتا ہے جو بہت حد تک بدنمائی کو کم کر دیتا ہے گو کہ ندبے کی جسامت اور شکل بدل جاتے ہیں لیکن یہ مٹتا بالکل نہیں۔ ایک امر قابل التفات یہ ہے کہ بچپن میں پیدا شدہ ندبے جسم میں جسم کی بالیدگی کے ساتھ ساتھ بڑھتے جاتے ہیں بلکہ بعض اوقات اگر بچپن کے زمانہ کے بعد بھی پیدا ہوئے ہوں تو بھی سالوں کے مرور کے ساتھ ساتھ ان کی وضاحت گھٹتی جاتی ہے۔

پیدائشی نشانات ۔ پیدائشی نشانات مثلاً مسوں اور وحموں (naevi) کا مٹانا عام طور پر ممکن ہوتا ہے ، لیکن سوائے نہایت خفیف اور سطحی وحموں کے باقی سب ضرور کچھ نہ کچھ نشان چھوڑ جاتے ہیں ۔ اگر جلد کی تمام تر موٹائی متأثر نہ ہوئی ہو تو ہنرمندانہ علاج سے خفیف وحمات کو زائل کیا جا سکتا ہے بغیر اس کے کہ کوئی نشان باقی رہے ۔ لیکن یہ شاذ و نادر ہی ہوتا ہے کہ ترچھی روشنی اور عدسے کی مدد سے باحتیاط معائنہ کرنے پر بھی کوئی نشان نظر نہ پڑے حالانکہ عمومی طور سے کہا جا سکتا ہو کہ وحمہ کی تمام علامات غائب ہو چکی ہیں۔

اگر استیصال کے عمل میں خواہ یہ استیصال برقی پاشیدگی کے ذریعہ کیا جائے یا کسی سیال کے اشراب کے ذریعہ، ایک یا زیادہ حلیموں کو جو شیگ کے نیچے ہوتے ہیں تضرر پہنچ جائے تو سطح پر اس کے تناظر ایک نشیب پیدا ہوجاتا ہے، اگرچہ یہ اس قدر خفیف ہوتا ہے کہ خالی آنکھ سے دکھائی نہیں دیتا۔ لیکن اغلب ہے کہ مذکورہ بالا طریق سے معائنہ کرنے پر نظر آجائے۔ ان سے زیادہ بڑے اور زیادہ گہرے وحمات اور مسے بھی بذریعہ استیصال دور کئے جا سکتے ہیں لیکن مندرجہ بالا وجوہ سے ندبہ ضرور باقی رہ جاتا ہے اگرچہ یہ ندبہ ابتدائی نشان سے شکل میں مختلف ہوتا ہے۔

گودنے کے نشانات (tattoo marks)- ملاحوں سپاہیوں وغیرہ کی یہ ایک مرغوب الطبع عادت ہے کہ سینے بازوؤں اور جسم کے دیگر حصوں کی جلد پر مختلف نقوش گد والیتے ہیں جس کا طریقہ یہ ہے کہ سوئی سے تصویر (device) یا اس کا ایک حصہ بنا کر اس میں کوئی رنگ کرنے والا عامل ملکر داخل کر دیتے ہیں اور اس عملیہ کا اعادہ کیا جاتا ہے تا آنکہ یہ تصویر مکمل ہوجاتی ہے۔ اس سے سخت ورم اور سوزش پیدا ہوجاتی ہے جس کے زائل ہونے پر یہ تصویر کم و بیش مستقل طور پر منقش ہوجاتی ہے۔

گودنے (tattoo) کے نشانات کی پائیداری دو امور پر منحصر ہے۔ رنگ کرنے والے مادے کی نوعیت کیا ہے اور کتنی گہرائی تک پہنچا ہے۔

رنگ کرنے والے عامل جو کہ مستعمل ہیں کونسے ہیں۔ یہ کاربن ہی کی مختلف شکلیں ہیں یعنی بارود، دھواں، ہندی روشنائی، کاجل، شنگرف
54 اور نیل کا رنگ، لکھنے کی روشنائی اور دیگر اشیاء۔ کاربن رنگ کرنے والے عامل کی حیثیت سے ایک مستقل طور پر قائم رہنے والی شئے ہے اور تمام سیالوں میں غیر حل پذیر ہے اور اس کا رنگ مدھم نہیں پڑتا لیکن دیگر بیان کردہ اشیاء کے مستقل طور پر قائم رہنے کا امکان بہت کم ہے اگرچہ کہ یہ بھی ممکن ہے۔ ایک گودنے کا نشان میں نے دیکھا ہے جو معمولی لکھنے کی سیاہی سے ۴۰ سال ہوئے بنایا گیا تھا اور جو ابھی تک دکھائی دیتا ہے جب کسی ٹیٹو (tattoo)

میں کاربن استعمال کیا جاتا ہے تو وہ سیاہ رنگ کا نہیں ہوتا بلکہ نیلاسا سیاہ ہوتا ہے۔

مقامیت جس میں یہ مادہ جاکر ٹھہرتا ہے، مستقل کے لحاظ سے اس کی بھی اتنی ہی اہمیت ہے۔ اگر اس کی مقامیت اوپری ہو تو کچھ مدت کے بعد مسلسل رگڑ سے یا مصنوعی ذرائع سے ندبہ کے دور ہو جانے کا امکان ہے۔ جن واقعات کی اطلاع دی گئی ہے کہ ان میں ٹیٹو (tattoo) کے گودنے کے نشانات کوئی اثر چھوڑے بغیر محو کر دیے گئے، بہت اغلب ہے کہ وہ اسی قبیل کے تھے۔ چنانچہ جس طریقہ سے انکا امحاد عمل میں لایا گیا اس سے بھی یہی ظاہر ہوتا ہے۔ ایسیٹک ترشہ (acetic acid)، ہلکایا ہوا ہائڈروکلورک ترشہ (dilute hydrochloric acid) اور کینتھریڈیز (cantharides) کے لگانے سے برجلد علیحدہ ہو جاتی ہے اور لونی مادہ حل ہو کر نکل آتا ہے اور اگر یہ مادہ غیر حل پذیر ہو تو ادمے کے ارتشاح کے ساتھ بہ کر نکل جاتا ہے۔ ٹیٹو (tattoo) کے اوپری نشانات مٹانے کا ایک اور طریقہ یہ ہے کہ سوئی کی مدد سے لونی مادہ کو چن لیا جائے۔ پس اگر کوئی اوپری ٹیٹو ہو تو یہ ممکن ہے کہ نشان کو اس طرح مٹا دیا جائے کہ اس کے سابقہ وجود کا کچھ اثر باقی نہ رہے یا بہت تھوڑا اثر باقی رہے۔ اس کے خلاف اگر کوئی مستقل لونی مادہ نیچے حلیموں تک یا ان کے اندر تک پہنچ گیا ہو تو یہ ایک غیر معین عرصے تک بے چھیڑا ہوا پڑا رہتا ہے۔ ایک ناقابل امحاء ندبہ چھوڑے بغیر جدا نہیں ہو سکتا۔ ایسے نشان کو ایسیٹک ترشے (acetic acid) یا آبلہ خیز بیال کے ذریعہ مٹانے کی کوشش کرنا لاحاصل ہے اور سوئی کے ذریعہ مٹانے سے بشرطیکہ یہ (عملاً ممکن بھی ہو) حلیموں کو ضرر پہنچے گا جس سے جلد پر گڑھے پڑ جائیں گے اور بتا دیں گے کہ کیا عمل کیا گیا ہے۔ البتہ گودنے کے نشان کو خواہ وہ کتنی ہی مستقل نوعیت کا کیوں نہ ہو کاٹ کر یا کاوی اشیاء لگا کر یا سرخ دھکتا ہوا لوہا لگا کر ضرور علیحدہ کیا جا سکتا ہے لیکن اسکے نتیجہ میں ایک پچکا ہوا ندبہ بن جاتا ہے جس کی جسامت گودنے سے بڑی ہوتی ہے۔ ٹکبورن (Tichborne) کے مقدمہ (۱۸۷۳ء) میں بائیں کلائی سے اوپر

ایک گودنے کا نشان مٹانے کے لئے اسی قسم کی کوشش کی گئی تھی یہ تسلیم کرلینا چاہیئے کہ اگر ٹیٹو (tattoo) کے نشانات مرور وقت سے غائب ہوجائیں یا ان کو مصنوعی طریقہ سے بغیر کچھ اثر باقی چھوڑے علیحدہ کیا جاسکے تو یہ یا تو گودنے والے کا قصور ہے یا تلوینی عامل کا یا ان دونوں کا۔

بالوں کا رنگ۔ یہ زیادہ گہرے یا زیادہ ہلکے رنگ میں تبدیل ہوسکتا ہے۔ خضاب عام طور پر چاندی، سیسہ یا بزمتھ (bismuth) کے ملح کے محلول سے مرکب ہوتے ہیں۔ اور اگر سریع نتیجہ درکار ہو تو آخر میں سلفریٹیڈ ہائیڈروجن (sulphuretted H_2) کو سیاہ سلفائیڈ (black sulphide) پیدا کرنے کی غرض سے استعمال کیا جاتا ہے۔ فلزات کا امتحان اس طرح سے کیا جاسکتا ہے کہ حرارت کے ذریعہ بالوں کو نائٹرک ایسڈ (nitric acid) میں گھلایا جاتا ہے اور اس ترشے کو اُڑا دیا جاتا ہے نائیٹریٹ کے اس آبی محلول میں ایک مناسب متعامل ملا دیا جاتا ہے۔ بال کلورین کے ذریعہ بے رنگ کئے جاسکتے ہیں لیکن جو لوگ عادتاً ہلکے رنگ کے بال رکھتے ہیں، وہ بالعموم ہائڈروجن پر آکسائیڈ (hydrogen peroxide) کے آبی محلول سے استمداد کرتے ہیں۔ بالوں کو بے رنگ کرنے کا خواہ کوئی بھی طریقہ ہو اس سے بال کم چمکیلے اور شکستنی ہوجاتے ہیں جن علامات کے ذریعہ بالوں کے رنگ کے قدرتی ہونے یا غیر قدرتی ہونے کے متعلق رائے قائم کی جاسکتی ہے، وہ یہ ہیں۔ مصنوعی طور سے رنگے ہوئے بال کا رنگ خواہ سیاہ ہو یا ہلکا غیر فطرتی ہوتا ہے اور یہ رنگ یکساں نہیں ہوتا جیسا کہ اس بال کو الٹ کر دیکھا جاسکتا ہے۔ عام طور سے اگر کسی بال کی جڑوں کی جانب سے بغور تحقیق کی جائے تو رنگت میں اختلاف پایا جاتا ہے خاص کر جب چند دن خضاب نہ لگایا گیا ہو۔ اگر بلحاظ رنگ کے سر کے بالوں کا مقابلہ باقی جسم کے بالوں سے کیا جائے تو اس سے بھی فیصلہ کرنے میں مدد مل سکتی ہے، لیکن اس امر پر حد سے زیادہ اعتماد نہیں کیا جاسکتا کیونکہ بسا اوقات قدرتی طور پر بھی بہت بڑا فرق موجود ہوتا ہے۔ اگر فی الفور کوئی فیصلہ نہ ہوسکے تو ایک دو دن گزرنے کے بعد جب مشتبہ شخص کو خضاب لگانے کا موقعہ نہ ملیگا

تو یہ اس کے احاطہ امکان سے باہر ہو جائے گا کہ وہ اپنے دعوے کو قائم رکھے۔ یہ بات بھی علم میں آئی ہے کہ رنج یا خوف سے بال یکا یک مکمل طور پر سفید ہو گئے ہیں، لیکن اس کی شہادت بمشکل قطعی ہے، البتہ یہ ممکن ہے کہ جو بال 55
اس کے بعد اُگیں وہ لون سے مبرّا ہوں۔ میٹش نیکاف[1] (Metchnikoff) بالوں کا سفید یا خاکستری ہو جانا خلیات اکلہ کی جانب منسوب کرتا ہے یعنی کہ یہ دانے دار لون کو نگل کر اسے کسی اور جگہ منتقل کر دیتے ہیں۔ اس کا اعتقاد ہے کہ بالوں کے خلیات اکلہ کی بڑھی ہوئی فعالیت بالوں کو ایک ہی رات میں سفیدی مائل کر سکتی ہے۔

اگر ملزم کے بدن پر ایک یا زیادہ ایسے بال پائے جائیں جو مظلوم کے بالوں سے مشابہ ہوں یا اس کے برعکس حالت پائی جائے یعنی مظلوم کے بدن پر ایسے بال پائے جائیں جو ملزم کے بالوں سے مشابہ ہوں تو ایک محتاط امتحان تقابلی کرنے کی ضرورت ہے۔ جن امور کا مشاہدہ کرنا چاہیئے وہ یہ ہیں: رنگ، قطر، لمبائی، اور وہ خصوصیات جو روغن یا خضاب کا نتیجہ ہوتی ہیں۔ عورتوں کے سر کے بال مردوں کے سر کے بالوں کی بہ نسبت کچھ پتلے ہوتے ہیں، اور جسم کے مختلف حصوں کے بال بھی موٹائی میں مختلف ہوتے ہیں۔ دونوں صنفوں میں موئے زہار اور بغل کے بال علی الترتیب ڈاڑھی چھوڑ کر جسم کے باقی حصوں کی بہ نسبت دبیز تر ہوتے ہیں اور جو بال بھوؤں اور پلکوں کے مثل کبھی کاٹے نہیں جاتے، وہ نوکدار ہوتے ہیں اور جو کٹ جاتے ہیں ان کے سرے پر یا تو ٹنڈ ہوتا ہے یا وہ کئی ایک شاخوں میں منقسم ہوتے ہیں۔ طالب علم کو بڑے زور سے اس امر کی سفارش کی جاتی ہے کہ وہ بلی، کتے، گھوڑے، گائے، بھیڑ وغیرہ عام تر خانگی جانوروں کے بالوں کا بذریعہ خرد بین معائنہ کرے تاکہ اسے ان کی شکل و صورت سے شناسائی ہو جائے اور اس مشورہ کا اطلاق سوت، اُون، ریشم اور سن کے مختلف پارچوں کے ریشوں پر بھی ہوتا ہے۔

[1] رائل سوسائٹی سنہ ۱۹۰۱ء کی کارگذاری (Proc. Royal Society 1901)

نقوش پا سے بعض مرتبہ شناخت کی شہادت مہیا ہوتی ہے نقش پا تو ننگے پاؤں سے پیدا ہوتا ہے یا بوٹ یا جوتہ سے۔ ننگے پاؤں کے متعلق یہ ہے کہ جب تک کوئی ممتاز خصوصیت یا تشوہ نہ ہو قطعی شہادت شاذ و نادر حاصل ہوتی ہے بایں ہمہ اگر نقش خاصہ نمایاں ہو تو اس کا ٹھپہ لے لینا چاہئیے یا اگر پاؤں کا نشان کسی سخت سطح پر ہو مثلاً جب کسی شخص نے کسی خون کے ڈبرے میں ننگے پاؤں چل کر پاس کے فرش کے بے داغ حصہ پر نقش پیدا کر دیا ہو۔ تو اس نشان کو سوکھا کر اس پر نقشہ کشی کا کاغذ (tracing paper) رکھ دیا جاتا ہے قلم اور سیاہی کے ذریعہ اس کے خط محیط کا خاکہ اُتار لیا جاتا ہے، اور اگر ممکن ہو تو تختہ یا فرش کا پتھر سارے کا سارا اُٹھا لینا چاہئیے، کیونکہ اس سے اور بھی بلا واسطہ شہادت میسر ہوتی ہے۔ پاؤں میں بوٹ یا جوتا پہن کر چلنے سے جو نقش پیدا ہوتا ہے اس سے اور بھی زیادہ معتبر شہادت حاصل ہوتی ہے، لیکن اس صورت میں بھی یقینی ثبوت صرف اسی وقت ملتا ہے جب کہ اصل بوٹ یا جوتا بھی بر آمد ہو کہ جس سے نقش پیدا ہوا تھا۔ وہ نتائج جو نقش کا ملزم کے کسی دیگر بوٹ یا جوتے کے ساتھ مقابلہ کر کے اخذ کئے جاتے ہیں ان پر سخت اعتراض وارد ہوتا ہے۔ اگر نقش اس قدر واضح ہو کہ اس کا ٹھپہ اتارا جا سکے تو ذیل کے دو طریقوں میں سے کوئی ایک اختیار کیا جا سکتا ہے۔ ایک لکدار پر (feather) کو تیل میں بھگو کر اس نقش پر احتیاط سے مل دیں، اور پھر پلاسٹر آف پیرس (plaster of Paris) جس میں اتنا پانی ملا ہوا ہو کہ اس کی کثافت لئی کی ہو، اس نقش میں بھر دیں پلاسٹر کو جمنے کے لئے کافی مہلت دینی چاہئیے۔ قبل اس کے کہ ٹھپہ کو علیحدہ کرنیکی کوشش کی جائے، دوسرا طریقہ یہ ہے کہ لوہے کا ایک بڑا سا سرخ دھکتا ہوا ٹکڑا الیکر [یا ورچی کا کرچھا (salamander) مناسب ہوگا] نقش کے اوپر اس کو بغیر مس کئے ہوئے پکڑے رکھیں تا آنکہ یہ نقش خوب گرم ہو جائے بعدہٗ پیرافین موم (paraffin wax) کاٹ کر اور اس کا چورا سا بنا کر اسے بآہستگی نقش کے اوپر چھڑک دیں اور ہر اضافہ کے بعد اس موم کو پگھلانے کے لئے یہ دھکتا ہوا لوہا قریب لائیں، حتیٰ کہ خاصہ موٹا ٹھپہ تیار ہو جائے۔ جب پیرافین جم جائے

جو کہ تقریباً فی الفور ہو جاتا ہے تو سانچے کو با احتیاط اٹھا لیں، اور اگر اس سے
کوئی مٹی چپکی ہوئی ہو، تو اسے نرم برش کے ذریعہ الگ کر لیں۔

انگلیوں کے نشانات کے ذریعہ شناخت کرنا۔

اشخاص کو ان کی
انگلیوں کے پیدا کردہ نشانات کے ذریعہ شناخت کرنے کا ایک طریقہ مہذب
ممالک میں اس وقت وسیع طور پر رائج ہے۔ موجودہ نظام کی بنا سر ولیم ہرشل
(Sir William Herschel) نے ڈالی تھی۔ انہوں نے ۱۸۵۸ء میں یہ قاعدہ مقرر کیا
کہ ہندوستانی باشندے دستاویزوں پر دستخط کرنے کی بجائے اپنی
انگلیوں سے سیاہی لگا کر نشان کر دیا کریں۔ ۱۸۹۰ء میں سر فرانسس گیلٹن 56
(Sir Francis Galtan) نے رائل سوسائٹی (Royal Society) کے سامنے
ایک مضمون پڑھا جس میں یہ بات پایہ ثبوت کو پہنچا دی کہ واحد فرد میں
ارتسامات کا نمونہ (pattern) تمام عمر یکساں رہتا ہے۔ اس کے بعد سر
ایڈورڈ ہنری (Sir Edward Henry) نے ارتسامات چسپاں کرنے اور
مختلف شخصوں کا ضابطہ (formula) بنانے کا ایک نظام ایجاد کیا جس سے
کسی ایک ریکارڈ (record) کا بلا دقت کھوج لگایا جا سکتا ہے۔ ہاتھ کی
راحی سطح پر جو نشانات پائے جاتے ہیں وہ باریک ابھاروں و نشیبوں کے
ایک سلسلے پر مشتمل ہوتے ہیں اور یہ جیو دار ابھاروں کے حلیموں سے بنتے ہیں جو کہ انکے
نیچے واقع ہوتے ہیں۔ یہ نشان اس طرح حاصل کیا جاتا ہے کہ انگلی کو دھو کر اس
کو ایک سیاہی کے پترے پر جس کی سطح ساری کی ساری چھاپے کی سیاہی کی ایک باریک
تہ سے یکساں طور سے ڈھکی ہوئی ہو رکھ کر ناخن کی کعبری (radial) جانب سے
زندی (ulnar) جانب کو حرکت دی جاتی ہے، پھر جس کاغذ پر کہ نشان لگانا منظور ہو اس پر
اسے جما کر اسی طور سے حرکت دی جاتی ہے تا آنکہ آخری پور کی راحی سطح
کا اور مستعرض شکنوں کا تقریباً انگلی کے سرے تک مکمل ٹھپہ حاصل ہو جاتا ہے۔
سکاٹ لینڈ یارڈ (Scotland Yard) میں دونوں ہاتھوں کی پانچوں انگلیوں
کا نشان لیا جاتا ہے۔

یہ امر ثابت ہو چکا ہے اور اس میں شبہ کی کوئی گنجائش نہیں کہ گو جیو

پیدائش سے موت تک جسامت میں بڑھتے چلے جاتے ہیں لیکن ان کے اضافی محل و قوع میں کوئی فرق نہیں آتا۔ نیز یہ کہ ہر فرد کا نمونہ جداگانہ ہوتا ہے۔ اور یہ اندازہ لگایا گیا ہے کہ دو آدمیوں میں ایک ہی نمونہ پائے جانے کا امکان کئی ارب مثالوں میں نہیں پایا جاتا ہے۔ جب یہ طریقہ پہلے پہل فوجداری اغراض کے لئے استعمال کیا گیا تھا تو یہ دقت پیش آئی تھی کہ نشانات کو ترتیب دینے کا کوئی ایسا تسلی بخش نظام موجود نہیں تھا کہ جس سے کسی مطلوبہ نشان کا دیگر چھاپوں کے ایک بڑے مجموعہ میں آسانی سے کھوج لگایا جا سکے۔ لیکن سر ایڈورڈ ہینری (Sir Edward Henry) نے کامیابی کے ساتھ حیود کی اشکال کو چار اقسام میں جماعت بند کر دیا یعنی قوسین (arches) چنبر (loops) اور گچھے (whorls) اور مخلوطات (composites)، اور بنا بریں ہر ایک فرد کے لئے ایک ضابطہ (formula) ایسا ایجاد کیا کہ جس سے کسی مجموعہ میں اس کے نشان کے رکارڈ (record) کی موجودگی یا عدم موجودگی نہایت آسانی کے ساتھ معلوم کی جا سکے۔ اور اب تو اس نظام نے بہت حد تک برٹلان (Bertillon) کی مساحت جسد الانسان (anthropometry) کے قدیم تر طریقے کی جگہ لے لی ہے جو کہ زیادہ تر انسانی جسم کی مختلف پیمائشوں پر مبنی تھا۔

ڈاکٹر گارسن (Garson) جو کہ دفاتر داخلیہ میں شناخت کے متعلق مشیر کار تھے، انھوں نے انگلیوں کے ایسے غیر مرئی نشانات کی جیسے کہ مجرمین شیشے کے کسی ٹکڑے یا ہتھیار پر چھوڑ جاتے ہیں، شناخت کرنے کے لئے ایک ہنرمندانہ طریقہ بتایا ہے جس سطح کا معائنہ کرنا منظور ہو، اس کے اوپر کوئی نہایت باریک پسا ہو سفوف مثلاً گریفایٹ (graphite) کا سفوف آہستہ سے بکھیر دیا جاتا ہے اور سطح کو ایک خفیف سا جھٹکا دیا جاتا ہے۔ تاکہ فاضل سفوف الگ ہو جائے۔ انگلی سے جو نشان رہ جاتا ہے وہ بسا اوقات اس قدر چکنا ہوتا ہے کہ سفوف کے باریک ذرات اس میں رہ جاتے ہیں چنانچہ اس طریقہ سے جو چھاپ دستیاب ہوتا ہے اس کے ذریعہ شناخت کرنا ممکن ہو جاتا ہے۔ سیاہ سطح پر جیسی کہ مہاگنی لکڑی کی میز کی ہوتی ہے، سفید سفوف مثلاً کیلومل استعمال میں لایا جا سکتا ہے۔

ایک سے زیادہ مرتبہ ایسا ہوا ہے کہ مجرم ایسے نشانات کی بنا بر جو وہ مس کردہ اشیا پر چھوڑ گئے ہیں شناخت کر لیئے گئے ہیں طبی قانون دان کے لئے یہ امر بہت اہم ہے کہ وہ اس حقیقت کو ذہن نشین رکھے اور تشدد کی موت کی تحقیقات کرتے وقت ان ہتھیاروں اور دیگر اشیا کو جن پر نشانات کا امکان ہو ضرورت سے زیادہ چھونے سے مجتنب رہے کیونکہ مجرم کی شناخت کا امکان اسی پر منحصر ہے۔

انگلیوں کے چھاپ کے ذریعہ شناخت کرنے کا طریقہ بدمعاشوں کیلئے بہت ہیبت ناک ثابت ہوا ہے۔ اور "اونچے طبقہ" کے مجرموں نے اپنے کام میں مشغول ہوتے وقت دستانے پہننے شروع کر دیے ہیں۔ انگلیوں کے حیود کو بھی جو افشائے راز کرتی ہیں مٹانے کی کوششیں کی گئی ہیں، لیکن بغیر اس کے کہ جلد کو حقیقتہً برباد کر دیا جائے اور ندبہ باقی رہ جائے یہ ممکن نہیں۔ کسی اینٹ جیسی کھردری سطح پر انگلیاں رگڑنے سے حیود کو عارضی طور پر ہٹایا جا سکتا ہے۔ اس صورت میں مشتبہ شخص کی تحقیقات کے لئے چند یوم کی مہلت حاصل کرنا کافی ہوگا اس عرصہ کے بعد حیود دوبارہ نمودار ہو جاتے ہیں۔

باب ۹

57

خون اور دوسرے دھبے

طبی قانونی تحقیقات میں اکثر اوقات اس بات کا تصفیہ کرنا بہت اہمیت رکھتا ہے کہ ملزم کے لباس پڑ یا قو پر یا اس کے قبضے میں کوئی دیگر اوزار ہے تو اس پر جو دھبے ہیں وہ خون کی وجہ سے ہیں یا خون کی وجہ سے نہیں ہیں۔ ممکن ہے کہ اس سوال کے حل کرتے میں بہت مشکلات حائل ہوں جیسا کہ داغ کے بہت چھوٹا یا کہنہ ہونے یا غلیظ پارچہ پر ہونے کی وجہ سے پیش آتی ہیں۔ ماہر کی رائے صرف

اس صورت میں درکار ہوتی ہے جب داغ بہم منظر کا یا خردبینی ابعاد کا ہو۔ اگر کپڑا خون سے شرابور ہو تو اس کا منظر بالعموم اتنا امتیازی ہوتا ہے کہ انتقادی امتحان کی ضرورت ہی نہیں پڑتی۔ بدیں وجہ طبی قانون داں کو چاہیے کہ فعلیاتی معمل (physiological laboratory) میں جو طریقے برتے جاتے ہیں ان میں سے ایسے طریقے منتخب کرے کہ خون کے ذرا سے شائبہ کی صورت میں بھی معتبر ترین نتائج حاصل ہوں، کیونکہ خون کے تمام خواص دریافت کرنا نہیں بلکہ صرف اسے شناخت کرنا منظور ہے۔ خون کے دھبوں کا امتحان تین طریقوں سے کیا جا سکتا ہے۔ خردبینی۔ طیف نمائی اور کیمیاوی۔

خون کے دھبوں کا خردبینی امتحان

اگر خون کا دھبہ تازہ ہو تو اسکی چمکدار سرخ یا سرخی مائل بھوری رنگت ہوتی ہے اور کپڑا جس پر یہ موجود ہو، کلف دار ہوتا ہے۔ پہلے دھبے کو ایک قصبۃ المماسکہ عدسہ یا خردبین کی ادنیٰ طاقت کے ذریعہ بغور معائنہ کرنا چاہیے۔ اس سے کپڑے کے سوت سرخ معلوم ہوں گے اور اس کے ریشوں کے شگافوں کے اندر جا بجا باریک "تھکے" بکھرے ہوئے پڑے ہوں گے، جس میں مرسوب شدہ خون کے تمام ظاہری مناظر نظر آئیں گے۔ کہنہ خون کے دھبوں میں تازہ دھبوں کی مانند کپڑے پر کوئی رنگین مادہ پڑا ہوا نظر نہیں آتا اور عدسے کے نیچے صرف ایسا منظر دکھائی دیتا ہے گویا یہ کپڑا کسی رنگ سے رنگ دیا گیا ہے۔ اگر تازہ داغ لگے ہوئے کپڑے کا ایک چھوٹا سا ٹکڑا کاٹ کر الگ کر لیا جائے اور اس کو گھڑی کے شیشے میں گلیسرین (glycerine) اور پانی کے چند قطروں (۱ تا ۱۰) کے ساتھ ملا کر رکھ دیا جائے تو لونی مادہ محلول کو سرعت سے رنگین کر دے گا۔ تھوڑی سی دیر میں کپڑے سے چند قطرے نچوڑ کر خردبینی تختی پر رکھے اور ایک باریک شیشے سے ڈھانپ دیے جا سکتے ہیں، پھر ۳۰۰ سے ۴۰۰ تک کی طاقت کے نیچے اس کا

معائنہ کیا جا سکتا ہے۔ سرخ جیسے دھبے کی مدت کے لحاظ سے مختلف حالتوں میں دکھائی دیں گے۔ اگر دھبہ بالکل تازہ ہو۔ تو ان میں اکثر ایک خاصہ طبعی منظر نظر آئے گا۔ دوسرے دھبے سکڑے ہوئے بے ڈھب خاکے ہیں بے قاعدہ یا سکہ جات کی مانند دندانے دار کنارے والے نظر آئیں گے۔ دھبے کی مدت کی زیادتی کے ساتھ ساتھ وہ موی جیسے بتی مرجھاتے جاتے ہیں اور زیادہ ناقابل شناخت ہوتے جاتے ہیں، حتیٰ کہ آخرکار وہ کامل طور پر تحلیل ہو جاتے ہیں۔

خرد بینی امتحان کا نتیجہ اس امر کے موافق ہو کہ دھبہ خون کا ہے یا اس امر کے خلاف ہو، دونوں صورتوں میں مزید تحقیقات کرنا لازمی ہے۔ اور مناسب یہ ہے کہ اولاً اس کاشفہ سے استمداد کی جائے جو گوائکم (Guaiacum) کاشفہ کے نام سے مشہور ہے۔

اگر مشتبہ دھبہ کپڑے پر ہے تو اس کپڑے کا ایک ٹکڑا کاٹ لینا چاہئے اور اسے رنگ کی تختی (slab) یا کسی دیگر سفید غیر جاذب سطح پر رکھ دینا چاہئے اور اس میں ایک یا دو قطرے گوائکم (Guaiacum) کے الکحالی محلول کے جو تازہ تیار کردہ ہو لا دینے چاہئیں۔ اور کانچ کی ڈنڈی کے سرے کی دست درزی کے ذریعہ ان کو خوب آمیز کرنا چاہئے، پھر اس پر تھوڑی سی
اوزانک ایتھر (ozonic ether) یا مائی ایتھر (aqueous ether) یا ہائڈروجن 58
پر آکسائیڈ (hydrogen peroxide) کا مائی محلول ٹپکا دیں۔ اگر دھبہ خون کا ہوگا تو نیلا رنگ پیدا ہو جائے گا، ورنہ کوئی تغیر بالکل واقع نہ ہوگا۔ اگر دھبہ سیاہ رنگ کے کپڑے پر ہے مثلاً سیاہ کوٹ سے نکالا گیا ہے تو اس کپڑے کے گرد و پیش کی سفید سطح پر نیلا رنگ دیکھا جاتا ہے یا اس پر سفید تقطیری کاغذ کا ٹکڑا رکھ کر اس کاغذ پر دباؤ ڈالا جائے تو کاغذ کا رنگ نیلا ہو جاتا ہے یہ کاشفہ سب سے زیادہ معتبر اس وقت ہوتا ہے، جب منفی تعامل حاصل ہو۔ لیکن اس کی ایک استثناء یہ ہے کہ نہایت دیرینہ دھبے مجیبیت ظاہر نہیں کرتے۔ اگرچہ ہیمٹین (hæmatin) بآسانی مجیبیت ظاہر کر دیتا ہے، اور مثبت صورت یعنی نیلا رنگ پیدا ہونے کی صورت میں نتیجہ صرف مشروط طور پر قبول کیا جا سکتا ہے۔ ہو سکتا ہے کہ آزمائش کردہ مادہ

خون ہی کا ہو، لیکن فیصلہ دینے سے پیشتر یہ ضروری ہے کہ اس کی توثیق کر لی جائے۔ ایسی اور بھی کئی چیزیں ہیں، مثلاً گلوٹن (gluten)، کچا آلو، دودھ، صفرا (bile)، آکسائیڈ بنانے والے عامل (oxiding agents) جو گوائکم (guaiacum) اور ہائیڈروجن پر آکسائیڈ (hydrogen peroxide) سے ملکر نیلا رنگ پیدا کرنے کی خاصیت رکھتی ہیں۔ لہذا اس امتحان سے جو نتائج حاصل ہوں ان کی بناء پر مثبت رائے کسی حالت میں بھی ظاہر نہیں کرنی چاہئے لیکن منفی نتیجہ کو بھی قطعی نہ سمجھنا چاہئے کیونکہ یہ طب قانونی کے مبادیات میں سے ہے کہ تمام تفصیلات میں ہر ممکن تصدیق کی ضرورت ہے۔ پس گوائکم کا شقہ محض ایک ایسا ابتدائی امتحان ہے جس کی انجام وہی آسان ہے اور جس کے لئے مادے کا صرف ایک ٹکڑا درکار ہے۔ اس کا ایک فائدہ یہ ہے کہ مزید تفتیش کا راستہ صاف کر دیتا ہے۔

بنزیڈین (benzidine) کا شقہ۔ شلازنگر (Schlesinger) اور ہولسٹ (Holst) کے تتبع میں کہ جنہوں نے برازی مادہ میں خون کے باریک شائبات ثابت کرنے کا ایک نہایت نازک طریقہ اختراع کیا تھا، مکوینی (M'Queeney) نے بھی وہی تعامل کپڑے وغیرہ پر کے خونی دھبے شناخت کرنے کی غرض سے استعمال کیا ہے۔ گلیشیل اسیٹک ایسڈ (glacial acetic acid) بنزیڈین (benzidine) کا سیر شدہ محلول نصف سی سی کی مقدار میں لیکر اس میں ۲ سی سی ہائیڈروجن پر آکسائیڈ (hydrogen peroxide) ملا دیا جاتا ہے۔ اگر خون کے باریک شائبات موجود ہوں تو اس آمیزش سے ایک نفیس نیلا رنگ بن جاتا ہے اور مکوینی (M'Queeney) نے یہ تعامل $\frac{1}{\ldots\ldots 5}$ کی ترقیق میں بھی حاصل کیا ہے۔ اس امتحان میں ایک نقص یہ ہے کہ یہ متعامل خون کے علاوہ دیگر اشیا کے ساتھ بھی نیلا رنگ پیدا کر دیتا ہے لہذا اسے محض طیف نمائی امتحان کی ایک مفید تمہید خیال کرنا چاہئے۔

پہلا کام یہ ہے کہ داغدار کپڑے کے ایک حصہ کے کنارے کے ساتھ ساتھ کاٹ کر یہ ٹکڑا نکال لیں اور اسے کشید پانی کے چند قطرات کے ہمراہ گھڑی کے شیشہ میں رکھ دیں۔ ایک تازہ دھبے سے تو ئی مادہ آسانی سے

حل ہو کر نکل جائے گا لیکن اگر دھبہ کہنہ ہو۔ تو یہ لونی مادہ ہیٹن میں تبدیل ہو چکا ہو گا، اور بہت کم تر حل پذیر ہو گا۔ جب دھبہ، سن کے کپڑے یا کسی دیگر ہلکے رنگ کے کپڑے پر ہو تو اس کا منظر ہی اس کی مدت کا پتہ دے گا۔ تازہ دھبے کم و بیش چمکیلے سرخ رنگ کے ہوتے ہیں اور جوں جوں وقت گزرتا ہے زیادہ بھورے ہوتے جاتے ہیں لیکن اس رنگ کی ترکیب میں سرخ رنگ کی جھلک کئی سال تک باقی رہتی ہے۔ خون کے دھبے کا رنگ کس سرعت سے متغیر ہوتا ہے، اس کا انحصار اس امر پر ہے کہ وہ کس قدر آزادانہ ہوا میں کھلا پڑا رہتا ہے اور نیز اس امر پر کہ ہوا میں کیمیاوی مادے مثلاً آکسائیڈ آف سلفر (oxide of sulphur)، ہائیڈروکلورک ترشہ اوزون (ozone) اور شلیم موجود ہیں یا نہیں۔ اور یہی وجہ ہے کہ خون کے دھبے زراعتی اضلاع کی بہ نسبت بڑے صنعتی شہروں کی ہوا کے زیر اثر زیادہ سرعت سے تبدیل ہوتے ہیں۔ لہذا کسی خون کے دھبے کی مدت کا اندازہ محض منظر سے لگانے کی کوشش کرنا لاحاصل ہے کیونکہ اس منظر کو غیر معلوم فعالیت کے خارجی حالات بدل دیتے ہیں۔ اگر دھبہ کہنہ معلوم ہوتا ہو تو جب گھڑی کے شیشہ میں کپڑے کا ٹکڑا پانی میں ڈوبا ہوا موجود ہے اس کو ایک اور گھڑی کے شیشہ سے جو معکوس ہو ڈھانپ دیں کہ جس سے تبخیر کا ابطاء ہو۔ اسے آدھ گھنٹہ یا زیادہ دیر کے لئے پڑا رہنے دیں۔ ہو سکتا ہے کہ گھڑی کے شیشے کی بجائے امتحانی نلی کا استعمال مرجح ہو۔ کانچ کی ڈنڈی کے ذریعہ کسی قدر دست ورزی (manipulation) عمل میں لائی جا سکتی ہے، اس غرض سے کہ لونی مادہ کی تحلیل میں آسانی ہو۔ لیکن بہتر یہی ہے کہ میکانکی مداخلت سے حتیٰ الامکان اجتناب کیا جائے۔ مبادا پیدا شدہ محلول گدلا ہو جائے، اس کا تدارک تقطیر سے بھی ہو سکتا ہے، لیکن جب رنگین سیال کی مقدار کم ہو، تو تقطیری کاغذ کی جاذبیت سے جو ضیاع ہوتا ہے وہ اہمیت رکھتا ہے معلق مادے کی تہ نشینی کے بعد نتھارا جائے تو اس پر بھی اعتراض وارد
ہوتا ہے، یعنی ضیاع سیال کا اعتراض۔ مزید براں معلق مادہ اکثر اوقات تہ نشین 59
ہونے کی جانب رجحان ظاہر نہیں کرتا۔ اگر دھبہ، پانی کے محلل عمل کی مدافعت

کرے۔ تو سہاگے (borax) کا سیر شدہ پانی میں سیر شدہ محلول استعمال کیا جا سکتا ہے
اور اگر یہ دھبہ بہت ہی غیر حل پذیر ہو تو اس میں ایمونیا (ammonia) پانی
کے چند قطرات ملائے جا سکتے ہیں۔ اس صورت میں جو محلول حاصل ہوگا،
وہ ہمیٹن (hæmatine) کا محلول ہوگا۔ قلویات ہیموگلوبن (hæmoglobin) کو ہمیٹن
میں تبدیل کر دیتی ہیں لیکن اگر خون کا لونی مادہ پانی میں غیر حل پذیر ہو تو یہ
تغیر اس میں پیشتر ہی ہو چکا ہوگا۔

خون کے دھبوں کا طیف نمائی امتحان

جو سیال اس طرح (اور اگر ضرورت ہو تو تقطیر کے بعد) حاصل ہوتا ہے،
اسے ایک چھوٹی سی کاشفی نلی میں یا ترجیحاً ایک متوازی دیواروں والے کانچ
کے خانہ میں رکھ دیا جاتا ہے اور پھر طیف نما سے اس کا معائنہ کیا جاتا ہے۔
ایک چھوٹی بلا واسطہ نظر (direct vision) والی طیف نما سہولت دہ ہوگی۔
لیکن ایک واحد منشور والی میز کے طیف نما (single prism table-spectroscope)
سے زیادہ صحیح نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ جب امتحان طلب سیال کی مقدار کم ہو
تو خرد بین اور طیف نما کی وہ توافقی صورت استعمال کرنی چاہئے جو خرد طیف نما
کہلاتی ہے اور اس صورت میں سب سے بہتر تو یہ ہے کہ سار بی (Sorby)
کے نلیات استعمال کریں جو کہ بارپیمائی نلی سے کاٹ کاٹ کے بنتے ہیں یہ تقریباً $\frac{1}{2}$ یا $\frac{3}{4}$
انچ لمبے ہوتے ہیں اور ان کے دونوں سرے رگڑ کر باہم متوازی بنا دیے
جاتے ہیں اور ان میں سے ایک سرا معمولی خرد بینی تختی پر چسپاں کر دیا جاتا ہے۔
یہ خانہ، آزمائش طلب سیال کے چند قطرات سے ہی بھر جاتا ہے اور منشورات
اور منبع نور کے مابین ایک $\frac{1}{2}$ سے $\frac{3}{4}$ انچ تک موٹی تہ منکشف ہو جاتی ہے۔
بہتر ہوگا کہ خانہ کو آزمائش طلب سیال سے لبالب بھر دیا جائے اور اس کے
بالائی سرے پر ایک کانچ کا پتلا ڈھکنا پھسلا کر رکھ دیا جائے، مگر یہ ہے کہ ہوا کے

بلبلے نہ بننے پاویں۔ پھر اس خانہ کو خردبین کے منصہ (stage) پر رکھ دیا جائے جس کے چشمالہ کی بجائے ایک بلا واسطہ نظر کی طیف نما لگا دی جائے کہ جس کے ساتھ ماسکہ میں لانے کا کوئی انتظام ہو۔ طیف نمائی چشمالہ کے ایک جانب ایک عاکس (reflecting) منشور اس غرض سے لگا ہوتا ہے کہ کسی ایسے محلول کا طیف جو کہ متعارف نوعیت کے دموی لونی مادہ پر مشتمل ہو، مقابلہ کی غرض سے امتحان طلب خون کے طیف کے پہلو بہ پہلو ڈالا جا سکے۔ خرد طیف نما استعمال کرتے وقت خردبین کا آئینہ اس طور پر درست کرلیں کہ وہ روشنی کی شعاعیں ایک انبوبی خانہ کی راہ سے آلہ میں داخل ہوں جیسا کہ معمولی خردبینی کام میں کیا جاتا ہے۔ ایک مصنوعی روشنی کے چمکدار منبع کو دن کی روشنی پر ترجیح دینا چاہیئے، کیونکہ ممکن ہے کہ دن کی روشنی میں فرانہافر کے خطوط (Frauen-hofer's lines) کی موجودگی تکلیف دہ ثابت ہو۔ ڈی خط (D-line) کا محل وقوع بآسانی اسطرح دریافت ہو سکتا ہے کہ ایک پلاٹینم کے تار کو شعلے کے اندر لایا جائے جس کو پہلے سوڈیم کے محلول میں ڈبو لیا گیا ہو۔

ہیموگلوبن اور اس کے مشتقات کے طیف اس قدر امتیازی ہیں کہ اگر یہ حاصل ہو جائیں تو انھیں خون کی موجودگی کی قطعی دلیل سمجھنا چاہیئے۔ لیکن اس بیان کی صداقت کی شرط یہ ہے کہ کہ منجذب دھاریوں کے محل وقوع میں بعض ایسے تغیرات جن کا بیان ابھی ہوگا، پیدا ہوں اور دموی لونی مادہ کی ایک ہی کیفیت معائنہ کرنے پر قطعی رائے نہ دے دینی چاہیئے۔ اور بھی کئی اشیا ایسی ہیں کہ آکسی ہیموگلوبن سے بہت ہی ملتا جلتا طیف پیش کرتی ہیں لیکن بجز خون کے اور کوئی شے نہیں جو ہیموگلوبن کے طیف کے علاوہ مرجع ہیموگلوبن اور مرجع ہیمٹن کی دھاریاں بھی پیش کرے۔ اگر یہ سب طیف نمائی تعامل لونی مادہ کے ایک ہی نمونہ سے حاصل ہوں تو پھر اس میں ذرا بھی شک کی گنجائش نہیں کہ لونی مادہ خون سے ماخوذ ہے۔

آکسی ہیموگلوبن کا طیف [ملاحظہ ہو پیش صفحہ کتاب (frontispiece)] یہ دو جذبی دھاریوں سے متصف ہوتا ہے جو شمسی طیف کے خطوط ڈی (D) اور

ای (E) کے درمیان واقع ہوتی ہیں۔ پہلی دھاری ڈی (D) خط سے شروع ہو کر ای (E) کی جانب پھیلی ہوتی ہے اور دوسری کچھ فاصلہ چھوڑ کر شروع ہوتی اور ای (E) خط پر ختم ہو جاتی ہے کسی قدر انجذاب طیف کے دونوں سروں پر بھی واقع ہوتا ہے، خاصکر بنفشئی سرے پر۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ دھاریوں کی چوڑائی اور انجذاب کی عمومی مقدار کے اعتبار سے طیف کا جو منظر ہوتا ہے وہ زیر امتحان محلول کا جیسا ارتکاز ہوا سکے مطابق اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ ایک عمدہ طریقہ یہ ہے 60 کہ تیز محلول سے شروع کر کے اس کو تدریجی مرقق کیا جائے تا آنکہ سب سے عمدہ نتائج حاصل ہوں۔ جس طیف کی کیفیت بیان ہوئی ہے یہ تازہ دھبوں میں ملتا ہے۔ پہلے اس امر کا ذکر کیا جا چکا ہے کہ خون کے دھبے کی مدت کا تعین تمامتر اسی مدت پر منحصر نہیں کہ جو جسم سے خون کے خارج ہو چکنے کے بعد گزر چکی ہو۔ ممکن ہے کہ دھبہ ہوا میں ترشئی بخارات کی موجودگی کے باعث قبل از وقت کہنہ ہو جائے یا کسی صاف فضا میں بہت دیر تک اپنی تازگی قائم رکھے۔ اس امر کو ذہن نشین رکھنا بہت ضروری ہے۔

اکثر اوقات خون کا لونی مادہ دھبے کا معائنہ ہونے سے پہلے ہی آکسی ہیموگلوبن (oxyhæmoglobin) کی حالت سے گزر کر مٹ ہیموگلوبن (methæmoglobin) کی حالت میں تبدیل ہو چکا ہوتا ہے۔ مٹ ہیموگلوبن (methæmoglobin) کی ہیئت ترکیبی کی تا حال صحیح صحیح تعیین نہیں ہوئی۔ شاید مروجہ نظریہ یہ ہے کہ مٹ ہیموگلوبن میں ہیموگلوبن اور آکسیجن کی اتنی ہی مقدار ہوتی ہے کہ جتنی آکسی ہیموگلوبن میں ہوتی ہے فرق صرف یہ ہوتا ہے کہ مٹ ہیموگلوبن میں انکا امتزاج زیادہ قریبی ہوتا ہے۔ ایک متعادل گیس مثلاً ہائڈروجن یا نائٹروجن کی رو جس طرح آکسی ہیموگلوبن (oxybæmoglohin) کی آکسیجن کو جدا کر دیتی ہے ویسے مٹ ہیموگلوبن کی آکسیجن کو جدا نہیں کر سکتی جب دھبہ مٹ ہیموگلوبن کی حالت میں تبدیل ہو چکتا ہے تو بھورا سا رنگ اختیار کر لیتا ہے اور اغلب ہے کہ ترشئی تعامل ظاہر کرے اور اس حالت میں جو محلول حاصل ہوتا ہے، وہ تازہ دھبے سے حاصل شدہ محلول کی بہ نسبت کم سرخ اور زیادہ بھورا ہوتا ہے، تاہم اس کی حل پذیری میں کوئی

بڑی تخفیف نہیں ہوتی۔
مٹ ہیموگلوبن کے طیف کے متعلق کہ سکتے ہیں کہ یہ عملی اغراض کے پیش نظر آکسی ہیموگلوبن کے طیف سے ملتا جلتا ہے۔ لیکن سرخ حصے میں ایک پتلی دھاری جو D خط کی نسبت C خط کے قریب تر ہوتی ہے اس پر مستزاد ہے۔ مزید براں طیف کے بنفشئی سرے میں اس سے زیادہ انجذاب ہوتا ہے جتنا کہ آکسی ہیموگلوبن (oxyhæmoglobin) کی صورت میں ہوتا ہے چنانچہ مٹ ہیموگلوبن کا طیف تین دھاریوں پر مشتمل ہوتا ہے، یعنی دو تو اسی جگہ پر جہاں آکسی ہیموگلوبن کے دھاریاں ہوتی ہیں لیکن آکسی ہیموگلوبن کی دھاریوں سے زرد تر ہوتی ہیں اور ایک پتلی دھاری سرخ حصے میں۔
اگر آکسی ہیموگلوبن (oxyhæmoglobin) یا مٹ ہیموگلوبن (methæmoglobin) کے محلول میں ایک ترجیع کن عامل مثلاً اسٹوک کا متعامل (Stokes' reagent) (فیرس سلفیٹ (ferrus sulphate) اور تھوڑے سے ٹارٹرک ایسڈ کا ایک آبی محلول جو امونیا کے ذریعہ قلوی بنایا ہوتا ہے) یا امونیم سلفائیڈ جو مرجح ہے، ملا دیں تو ترجیع شدہ ہیموگلوبن کا طیف حاصل ہوتا ہے۔ یہ طیف ایک چوڑی غیر تمیز دھاری سے بنا ہوتا ہے۔ جو قریب قریب اسی جگہ پر واقع ہوتی ہے، جہاں آکسی ہیموگلوبن کی دو دھاریاں ہوتی ہیں یعنی ڈی اور ای خطوط کے درمیان کے تقریباً سارے طیف کو ڈھانکے ہوئے ہوتی ہیں۔ طیف کے بنفشئی سرے کا انجذاب تقریباً اتنا ہی ہوتا ہے جتنا کہ آکسی ہیموگلوبن کی صورت میں۔ لیکن سرخ سرا قدرے زیادہ جذب ہوتا ہے۔
ہیموگلوبن کی آکسیجن سے امتزاج کی، اور اس سے علٰحدگی کی دونوں حالتوں کو شناخت کرنے کے بعد کچھ حصہ ہیمٹن میں تبدیل کر دینا چاہیے۔ ہیموگلوبن کو ترشے اور قلویات دو جزوں میں تحلیل کر دیتی ہیں۔ ہیمٹن، جو ترشئی یا قلوی ہوتی ہے اور ہیموگلوبن کے حدید کو اپنے اندر قائم رکھتی ہے اور گلوبن۔ ترشئی ہیمٹن کا طیف مٹ ہیموگلوبن (methæmoglobin) کے طیف سے مشابہ ہوتا ہے۔ خون کے بعض دیگر طیفوں کی بہ نسبت یہ زیادہ مشکل سے دکھائی دیتا ہے

اور اس کی شناخت کے لئے ایک عمدہ آلہ اور ایک مخصوص کثافت کا محلول درکار ہے۔ قلوی ہیمٹن کا بھی ایک اپنا طیف ہے جو ترشئی ہیمٹن کے طیف کی بہ نسبت زیادہ مشکل سے حاصل ہوتا ہے۔ لونی مادہ کی شناخت کے لئے موخرالذکر دو طیفوں کا معائنہ ضروری نہیں ہے۔ یہ کافی ہے کہ ہیموگلوبن اور مٹ ہیموگلوبن اور ترجیع شدہ ہیموگلوبن کے طیفوں کے علاوہ ترجیع شدہ ہیمٹن یا ہیموکروموجن (hæmochromogen) کا طیف حاصل کیا جائے اور شناخت کیا جائے۔

ہیموگلوبن یا مٹ ہیموگلوبن کے اصل محلول کی تھوڑی سی مقدار میں چند قطرے سوڈیم ہائڈ رآکسائیڈ (sodium hydroxide) کے ۲۰ فیصدی محلول کے ملاؤ تو رنگ میں تغیر دکھائی دیتا ہے اور اصل طیف زائل ہوجاتا ہے۔ اس قلوی ہیمٹن کے محلول میں جو اس طرح حاصل ہو چند قطرے امونیم سلفائیڈ (ammonium sulphide) کے ملاؤ تو فوراً رنگ میں ایک مزید تغیر ظاہر ہوتا ہے اور محلول کسی قدر کلیرٹ کے رنگ (claret-coloured) کا ہوجاتا ہے۔
طیف نما سے معائنہ کرنے پر ترجیع شدہ قلوی ہیمٹن یا ہیموکروموجن 61
(hæmochromogen) کا طیف جو سب طیفوں سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے، دکھائی دیتا ہے۔ یہ دو دھاریوں سے بنا ہوتا ہے جو بہ نسبت آکسی ہیموگلوبن کی دھاریوں کے طیف کے بنفشئی سرے کے زیادہ نزدیک ہوتی ہیں۔ پہلی دھاری سیاہ اور کناروں پر بے حد خوبی کے ساتھ متمیز ہوتی ہے۔ اور D اور E خطوط کے مابین تقریباً وسط میں واقع ہوتی ہے۔ دوسری دھاری جو چوڑی ہوتی ہے، اتنی زیادہ متمیز نہیں ہوتی۔ E خط سے ادھر شروع ہوکر B خط تک پھیلی ہوتی ہے، اور طیف کا بنفشئی سرا اس سے زیادہ جذب ہوتا ہے جتنا کہ آکسی ہیموگلوبن (oxyhæmoglobin) کی صورت میں ہوتا ہے۔
امونیم سلفائیڈ (ammonium sulphide) کی ترجیع کن طاقت اس قدر فعال نہیں ہوتی جتنی کہ اسٹوکس (Stokes) کے سیال کی۔ بدیں وجہ اگر امونیم سلفائیڈ (ammonium sulphide) استعمال کیا جائے تو عام طور پر ترجیع شدہ ہیمٹن کی دوسری دھاری پہلی دھاری کے ظاہر ہونے کے بعد جو کہ فی الفور ظاہر ہوجاتی

ہے کچھ وقت تک (۵ سے ۱۰ منٹ) مکمل طور پر نمودار نہیں ہوتی۔ امونیم سلفائیڈ کے اضافہ کے بعد ہلکی سی آنچ پہنچانے سے ترجیع کا اسراع ہو سکتا ہے۔

اگر خون کے دھبے کا لونی مادہ کپڑے کے امتحان سے قبل ہی ہیمیٹن میں تبدیل ہو چکا ہو، تو سب سے پہلا محلول جو اس سے حاصل ہو گا ترشئی ہیمیٹن کا طیف پیش کریگا۔ مٹ ہیمو گلوبن اور ترشئی ہیمیٹن کے طیفوں کے درمیان جو مشابہت ہے اس کی جانب پہلے ہی اشارہ کیا جا چکا ہے۔ ایک ترجیع کن عامل کا اضافہ فوراً ایک کا دوسرے سے امتیاز کر دیتا ہے۔ مٹ ہیمو گلوبن کا طیف، ترجیع شدہ ہیمو گلوبن کے طیف میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اور ترشئی ہیمیٹن کا طیف ترجیع شدہ ہیمیٹن کے طیف میں۔ جب ترشئی ہیمیٹن فطرتی اسباب سے یعنی ترشہ ملائے بغیر پیدا ہوئی ہو اور اس میں امونیم سلفائیڈ بطور ترجیع کن عامل استعمال کی جائے تو پہلے قلی ملانے کی ضرورت نہیں پڑتی۔

ہیمو گلوبن اور ہیمیٹن کی ترجیع کرنے کے بعد ان دونوں کو تناظر محلولوں کے ساتھ ہلا کر دوبارہ آکسائیڈ بنایا جا سکتا ہے۔ اس طرح آکسائیڈ آسانی سے بنانا ہو تو یہ ضروری ہے کہ ترجیع کن عامل کی کم از کم مقدار جو اس غرض کو انجام دے، استعمال کی جائے۔

خون کے دھبوں کا کیمیاوی امتحان

اگر کافی مادہ میسر ہو تو کیمیاوی کاشفات میں جو سب سے زیادہ فیصلہ کن کاشفہ ہے اس کی طرف رجوع کیا جا سکتا ہے۔ یعنی ہیمن (hæmin) قلموں کی تکوین۔ داغدار کپڑے میں سے ایک ٹکڑا ڈاک کے ٹکٹ کے برابر کاٹ کر نکال لیں اور اگر ماہرانہ دست ورزی سے کام لیا جائے تو اس سے بھی کم کافی ہوتا ہے۔ اس ٹکڑے کو تین مساوی الجسامت دھجیوں میں تقسیم کر دو اور ان کو خوردبین کی تختی پر اوپر تلے رکھ دو۔ اس میں نمک کی ایک باریک قلم ملاؤ اور اتنا

گلیشیل ایسٹک ایسڈ (glacial acetic acid) ملاؤ کہ جو کپڑا تر کرنے کے لیئے کافی ہو اور پھر اس کے چند قطرے اور ملاؤ۔ کپڑے پر ایک کانچ کی ڈنڈی کو رکھکر اسے ایک دو منٹ تک آگے اور پیچھے گھماؤ تاکہ لونی مادہ اچھی طرح ترشہ میں حل ہو جائے۔ پھر کپڑے کو کلاب کے ذریعہ کھینچکر اور اس پر ڈنڈی کو آخری مرتبہ دباکر اس سے ایک میلا سا بھورا سیال نچوڑا جا سکتا ہے۔ ڈنڈی کے وسیلے کے ذریعہ اس سیال کو دونوں جانب سے جھکتے ہوئے تختی کے وسط میں لاؤ۔ اور اس پر ایک پتلا ڈھکن شیشہ رکھ دو۔ تختی کو ایک سمر سے پکڑ کر اس کا وسط بنسن لیمپ کے شعلے کے اوپر آگے پیچھے پھیرو۔ اور اس فعل کو یہاں تک جاری رکھو کہ سیال فعالیت کے ساتھ جوش کرنے لگے یہ اس طرح معلوم ہوتا ہے کہ ڈھکن کے نیچے سرعت سے بلبلے بننے لگتے ہیں بعدہٗ تختی کو بتدریج سرد ہونے دو۔ جب یہ سرد ہو چکے تو ۳۰۰ قطر کی طاقت کے نیچے اس کا معائنہ کرو۔

ہیمن قلموں کی تکوین میں ایک دو باتوں کی احتیاط ملحوظ رکھنی چاہیئے۔ سوڈیم کلورائیڈ (sodium chloride) کی مقدار بہت ہی کم ہونی چاہیئے۔ اگر قلم ایک چھوٹی سی سوئی کے سر کے برابر بھی ہو تو یہ کافی ہے، اگر اس سے زیادہ سوڈیم کلورائیڈ ملایا جائے تو خوردبین سے معائنہ کرنے پر میدان نمک کے مکعب قلموں سے ڈھکا ہوا نظر آتا ہے۔ اگر خون تازہ ہو تو سوڈیم کلورائیڈ ملانے کی ضرورت نہیں ہے۔ ترشہ بافراط استعمال کرنا چاہیئے۔ ابالنے میں احتیاط کی ضرورت ہے، اس فعل کو اچھی طرح انجام دینا چاہیئے لیکن اگر آنچ بہت ناگہاں پہنچائی جائے، تو غالباً شیشہ تڑخ جائے گا، اور اگر ضرورت
سے زیادہ احتیاط برتی جائے، یعنی بہت ہی آہستہ آہستہ حرارت پہنچائی جائے 62
تو تپلے شیشے کے محیط کے گرد اگرد کا سیال تبخیر سے اڑ جائے گا اور خشک شدہ باقیات ڈھکنے کے نیچے کے سیال کو سربمہر کر دیں گے چنانچہ جب ابال آئے گا تو ڈھکنے کا شیشہ اچھل کر دور جا پڑے گا۔

ہیمن قلمیں [ٹکمین (Teichmann) کی قلمیں] ہائیڈروکلوریٹ آف

ہیمٹن (hydrochlorate of hæmatin) کی بنی ہوتی ہیں۔ یہ پانی، الکحل، مرتق ایسٹک ترشہ اور ہائیڈ رکلورک ترشے میں ناحل پذیر ہوتی ہیں لیکن اُبلتے ہوئے ایسٹیک (acetic) اور ہائیڈ رو کلورک (hydrochloric) ترشوں میں اور کاوی قلیوں میں حل پذیر ہوتی ہیں گوائکم (guaiacum) کا کاشفہ کرنے پر نیلا تعامل پیش کرتی ہیں جب اُنکو خاکستر کرکے انکی راکھ ہائیڈ رو کلورک ترشے کے قطرے اور پوٹاشیم سلفو سائنائیڈ (potassium sulphocyanide) کے محلول میں ملائی جاتی ہے تو سرخ رنگ کی پیدائش حدید کے وجود کا ثبوت پیش کرتی ہے۔ خرد بین کے نیچے رکھنے پر بھوری یا شراب رنگی قلمیں دکھائی دیتی ہیں جو منعکس روشنی ڈالنے پر ایک فولادی نیلی جھلک دکھاتی ہیں۔ اور بالعموم معین شکل کی تختیوں کے مشابہ ہوتی ہیں جو اکثر اوقات اوپر تلے پڑی ہوتی ہیں۔ اور اسطرح صلیبوں اور ستاروں کی شکلیں بناتی ہیں۔ قلموں کی جسامت اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بعض اوقات تو یہ انتہا درجہ بڑی ہوتی ہیں اور خوب ہی متشکل ہوتی ہیں اور بعض اوقات ۳۰۰ قطر کی طاقت سے بھی متشکل پہنچائی جا سکتی ہیں۔ جب یہ چھوٹی ہوتی ہیں تو گا ہے بورک ایسڈ نام نہاد سلی (whet stone) قلموں سے مشابہت رکھتی ہیں لیکن ان سے بہت ہی چھوٹی ہوتی ہیں۔ بیان کردہ طریق سے جو قلمیں حاصل ہوتی ہیں جب یہ مذکورہ بالا طبیعی اور کیمیاوی خواص رکھتی ہوں تو خون کی موجودگی کا قطعی ثبوت مہیا کرتی ہیں۔

انسانی اور حیوانی خون میں کیا فرق ہے۔ اس مسئلہ کی طرف بڑی مدت تک طبی قانون دانوں کی توجہ مبذول رہی ہے۔ پرندوں مچھلیوں اور سانپوں کا خون اتنا نمایاں فرق ظاہر کرتا ہے کہ اس کا انسانی خون سے امتیاز کرنا ممکن ہے۔ اس میں سرخ جسیمے انسانی خون کی نسبت زیادہ بڑے ہوتے ہیں انکی شکل بیضوی ہوتی ہے اور وہ نواۃ دار ہوتے ہیں۔ جن پستانیوں کے دموی جسیمے انسان کے دموی جسیموں سے امتیازی طور پر مختلف ہوتے ہیں وہ صرف وہی ہیں جو کہ اونٹ کے قبیلہ سے تعلق رکھتے ہیں۔ اونٹ کے سرخ جسیمے بھی بیضوی ہوتے ہیں اگرچہ یہ تو اتدار نہیں ہوتے۔ انسانی سرخ جسیموں اور

عام پستانیوں کے سرخ جسیموں کے درمیان جسامت کا اختلاف اس قدر خفیف ہوتا ہے کہ خواہ خون تازہ بھی ہو تو بھی گواہ حق بجانب نہیں ہے کہ وہ محض اسکی بنا پر قطعی طور پر یہ کہہ دے کہ فلاں نمونہ انسان سے ماخوذ ہے نہ کسی اسفل حیوان سے چہ جائیکہ جبزو اس وقت حق بجانب ہو جب کہ جسیموں کو خشک کرنے کے بعد ایک مصنوعی طور پر تیار کردہ بدل مصل میں ڈبو لیا جاتا ہے۔ عام ترحیوانات میں سے بھیڑ ہے جو کہ انسان سے مقابلہ کرنے پر سرخ جسیموں کی جسامت کا نہایت نمایاں اختلاف ظاہر کرتی ہے۔ یعنی تقریباً ۴،۷ اور ۷،۷ کی نسبت سے۔ خون کے سرخ جسیموں کے مندرجہ ذیل ابعاد (dimensions) ایک جدول سے جو وائٹ (White) ٹریڈ وال (Treadwell) کی پیمائشوں سے مرتب کی گئی ہے لئے گئے ہیں۔

انسان	۷،۹۴۰
کتا	۶،۹۱۸ ″
خرگوش	۶،۳۶۵ ″
گدھا	۶،۲۹۳ ″
سؤر	۶،۱۰۱ ″
گھوڑا	۵،۵۰۳ ″
بلی	۵،۴۶۳ ″
بیل	۵،۴۳۶ ″
بھیڑ	۴،۷۴۵ ″

جسامت کے یہ اختلافات نسیجیاتی نقطۂ نگاہ سے ایک معتد بہ دلچسپی کا باعث ہیں تاہم یہ ضرور نہیں کہ وہ طبی قانونی اغراض کے لئے بھی کافی ممیز ثابت ہوں ایسے مباحث میں جن میں کسی شخص کی جو شاید بے قصور ہو زندگی معرض خطر میں ہو تو علم ماہرانہ شہادت شک وشبہ سے پاک ہونی چاہئے۔ لہذا یہ بیان 63
کر دینا ضروری ہے کہ قطع نظر مذکورہ بالا مستثنیات کے انسانی خون اور اسفل حیوانات کے خون میں خردبینی امتحان کے ذریعہ قطعی طور پر فرق کرنا ناممکن ہے

لہ The Med.-Legal Journal, New York, 1895.

ماہواری خون کے موضوع پر بحث کرتے وقت بھی یہی نقطہ نظر اختیار کرنا چاہیے اگرچہ یہ خون ترویب پذیری کے لحاظ سے اور بلحاظ اس تعامل کے جو یہ مظہرات قلویت و ترشگی کے ساتھ ظاہر کرتا ہے، بعض امتیازی خصوصیات بھی رکھتا ہے، تاہم اس کو دیگر حصص جسم کے خون سے قطعی طور پر تمیز کرنا ناممکن ہے۔

انسانی خون اور اسفل حیوانات کے خون کے درمیان فرق کرنے کا حیاتیاتی طریقہ

اگر انسان کا خون خرگوش کے بار یطونی کہفہ میں وقفہ دے دے دیکر پانچ چھ بار مشرب کیا جائے۔ اور آخری اشراب کے ۷ یا ۱۰ دن بعد اس حیوان کو ہلاک کر ڈالا جائے تو مصل جو اس سے حاصل ہوگا وہ انسانی خون کیلئے مرسب (precipitant) ثابت ہوگا لیکن بندر کے سوا باقی حیوانوں کے خون کے لئے مرسب نہ ہوگا [طریقوں کے لئے نٹل[1] (Nuttall) نیسر[2] (Neisser) ساچ (Sachs) اور مکوینی (McWeeney) کی طرف رجوع کریں]۔
سب سے پہلے ڈیوش[4] (Deutsch) نے سنہ ۱۹۰۱ء میں یہ رائے دی کہ ہیمو لاسین

---

۱ Blood Immunity and Blood Relationship, 1904.

۲ Berlin. klin. Wochenschr., 1905.

۳ Lancet, 1910.

۴ Centralbl. f. Bakteriol., 1901.

(hæmolysin) کا کاشفہ کو طبی قانونی مداخلات میں استعمال کیا جائے
اور اسی سال میں وازرمین (Wassermann) اور شٹز[1] (Schutze) نے رسوبین کا کاشفہ
تجویز کیا۔ حیاتیاتی کاشفہ سے تجربہ کار ہاتھوں میں بیش قیمت معلومات حاصل
ہو سکتے ہیں اور بہت سے مشاہدین کی یہ رائے ہے کہ اسے کامل طور پر
معتبر سمجھنا چاہیے نہ صرف اس انسانی خون کے لئے جو کہ تازہ ہو بلکہ اس خون
کے لئے بھی جو گندیدگی پذیر ہو۔ نٹل (Nuttall) نے ایسے انسانی خون سے مثبت
نتائج حاصل کئے ہیں جو دو مہینے سے گندیدہ ہو رہا تھا۔

کولمر[2] (Kolmer) بیان کرتا ہے کہ خون کا خلاصہ اس طرح تیار
کرنا چاہئے کہ داغدار کپڑے کا ٹکڑا کاٹ کر نکال لیا جائے یہ تقریباً ۳ انچ
مربع ہو اس کو انگلی سے نہیں بلکہ قینچی اور کلّاب کے ذریعہ پھاڑ کر پرزہ پرزہ
کر دیا جائے اور ۴۰ سنٹی میٹر طبعی ملحی محلول میں ڈال دیا جائے۔ اگر یہ دھبہ لکڑی
یا شیشے یا دھات پر ہو تو اس کو احتیاط سے کھرچ کر اتار لیا جائے۔ بطور
ایک اقتداری تجربہ کے ایسا ہی خلاصہ کپڑے کے ایک غیر داغدار حصہ کا
بھی بنایا جائے، یہ ثابت کرنے کے لئے کہ یہ تعامل ظاہر نہیں کرتا۔ محلول کو
۲ سے ۲۴ گھنٹے تک ایک طرف پڑا رہنے دیا جائے اور ہلایا نہ جائے۔
خلاصہ $\frac{1}{1000}$ سے زیادہ طاقتور نہ ہو اور منتقل روشنی سے بے رنگ اور بالکل شفاف
نظر آئے۔ یہ خصائص برکفیلڈ (Berkefeld) مقطار سے تقطیر کر کے پیدا کئے جا سکتے
ہیں۔ جب ماموں مصل (immune serum) تیار کرنا مقصود ہو تو سالم خون کا
اشراب کیا جا سکتا ہے، لیکن خالی مصل کا استعمال مرجح ہے۔ مصل بہت قوی
عقیم اور بالکل شفاف ہونا چاہیے۔ جن نلیوں میں خلاصہ اور ماموں مصل ہے
ان کو ہلانا نہ چاہئے۔ مثبت تعامل کی نشانی یہ ہے کہ دو سے ۵ منٹ تک

---

[1] Berlin. klin. Wochenschr., 1901.

[2] عدوائیت، ماموںیت او Infection, Immunity and Specific Therapy, 1917

میں نلی کی تہ پر ایک دھندلا سا سحاب بن جاتا ہے جو زیادہ واضح ہو کر اسے ۲۰ منٹ تک میں ایک رسوب بنا دیتا ہے۔ ۲۰ منٹ کے بعد اگر کوئی کثافت پیدا ہو تو وہ کوئی اہمیت نہیں رکھتی۔ رسوبینی کاشفہ کو نٹل (Nuttall) جو اس کا بہت تجربہ رکھتا ہے، نہایت نوعی خیال کرتا ہے صرف قریبی تعلق والے (closely allied) انواع، مثلاً خرگوش اور ارنب یا گھوڑے اور خچر کی صورت میں شک و شبہ کی گنجائش ہے۔ کولمبر (Kolmer) بیان کرتا ہے کہ انسانی خون اعلیٰ بے دم بندروں (apes) اور حتیٰ کہ بندروں کے اسفل فصیلوں کے خون کی آمیزش پر کچھ تعامل ظاہر کرتا ہے، لیکن یہ عامل اس طرح دریافت ہو سکتا ہے کہ یا تو ہلکاتے ہیں صحیح طرز عمل ملحوظ رکھا جائے یا اس امکان کو کہ فلاں داغ بندر کے خون کا ہے واضح طور پر ثابت کیا جائے۔ یہ تعامل ایسے خون سے بھی حاصل ہو سکتا ہے جس کی حالت ترقی یافتہ گندیدگی کی ہو۔ اور ایسے دھبے سے بھی حاصل ہو سکتا ہے جو ایک سال یا زیادہ سے خشک کیا گیا ہو۔ 64

مکویِنی (McWeeney) نے دو واقعات کی اطلاع دی ہے، جن میں یہ امتحان مفید ثابت ہوا۔ اول میں ایک آدمی کی ٹوپی پر جس پر قتل عمد کا الزام تھا، خون کا دھبہ پایا گیا۔ رسوبینی کاشفہ کے ذریعہ جو تعامل حاصل ہوا وہ انسانی خون سے نہیں بلکہ گھوڑے کے خون سے مختص تھا۔ بعد میں دریافت کرنے پر یہ ثابت ہوا کہ یہ آدمی کسی اسپ فروش کی ملازمت میں رہ چکا ہے اور اکثر اوقات گھوڑوں پر اور خاصکر منہ کے خطہ پر کئے جانے والے عملیوں میں مددگار رہا ہے۔ بہت ممکن تھا کہ خون اسپ کا کوئی قطرہ اس کی ٹوپی پر جا گرا ہو اور وہیں خشک ہو گیا ہو۔ دوسرے واقعہ میں بھی ایک آدمی پر قتل عمد کا الزام لگایا گیا تھا اور اس کے لباس اور چاقو پر خون پایا گیا۔ اس نے بیان یہ دیا کہ چاقو ایک بکرے کو ذبح کرنے کے لئے استعمال کیا گیا تھا لیکن امتحان سے جو تعامل حاصل ہوا، وہ انسانی خون سے مختص تھا۔ قاتل ابھی منتظر سماعت ہی تھا کہ اس نے اقبال جرم کر لیا۔

خون کے وہ دھبے جو چاقوؤں اور دیگر فولادی اوزاروں پر

ہوتے ہیں۔ اگر دھبّہ پورے طور پر تازہ نہ ہو تو اکثر اوقات اس پر عمل کرنا نہایت دشوار ہوتا ہے۔ لونی مادہ حدیدی آکسائیڈ (oxide) سے ممزوج ہونے کا اور اس طرح بہت ہی ناحل پذیر ہو جانے کا رجحان رکھتا ہے۔ سہاگے کے سیر شدہ محلول کے ذریعہ جس کے ساتھ آبِ امونیا کے چند قطرات ملے ہوئے ہوں اتنی ہیمٹن حل ہو کر خارج ہو جاتی ہے کہ جو طیفی تجزیہ کے لئے کافی ہوتی ہے۔ جماؤ کو اوزار پر سے کھرچ لیا جاتا ہے اور تھوڑے سے محلول کے ساتھ ہضم کر لیا جاتا ہے۔ اور پھر اس محلول کو نتھار کر یا تقطیر کر کے حدیدی آکسائیڈ (oxide) سے جدا کر لیا جاتا ہے۔ خون کے ان تازہ دھبوں پر جو دھات پر ہوں آسانی سے عمل کیا جاسکتا ہے سوائے اس صورت کہ یہ دھبہ پتلا ہو یا چھوٹے چھوٹے قطعات کی شکل میں ہو مثلاً جب ایک چاقو قساتلانہ اغراض کے لئے استعمال کئے جانے کے بعد اس کو کپڑے سے پونچھ دیا گیا ہو۔ ایک موئے شتر کی چھوٹی قلم کو جو مقطّر پانی یا ایک سہاگے کے محلول میں بھگولی گئی ہو ان داغدار حصوں پر پھیرنے سے اتنا لونی مادہ حاصل ہو جائے گا کہ جو خرد طیف نما سے شناخت کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے اگر کوئی کمانیدار چاقو زیر تحقیقات ہو تو اس کے جوڑ کی طرف خاص توجہ مبذول کرنی چاہیے۔ اگر عدسہ کے ذریعہ معائنہ کرنے پر جوڑ میں لونی مادے کا وجود معلوم ہو تو ضروری ہے کہ اس کی چولیں نکال لی جائیں اور چاقو کے حصے الگ کر لئے جائیں۔ اس طریقہ سے اکثر اوقات وافر شہادت حاصل ہو جاتی ہے۔

جب کسی کٹی ہوئی چھوٹی شریان سے خون نکل کر اُچھلتا ہے تو ممکن ہے کہ کسی نزدیک کی دیوار یا فرنیچر (furniture) پر پڑے۔ اس کا منظر غالباً چھوٹی چھوٹی چھینٹوں یا دھبوں کا ہو گا بعض اوقات جب دھار سطح پر ترچھی پڑتی ہے تو یہ علاماتِ استفہام کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ شریانی اور وریدی خون کے درمیان جو کپڑوں یا فرنیچر پر پایا گیا ہو بخوبی تمیز نہیں ہو سکتی بجز اس صورت کے کہ کسی بہت ہی چھوٹی شریان نے اپنے مشمولات کو ایک باریک پھنوار کی

شکل میں دور تک چھڑک دیا ہو۔ زیمکے[1] (Ziemke) نے اس بارے میں کامل تحقیقات کی ہے کہ وہ بلندی جس سے خون گرتا ہے اور چوٹ کی سمت اور آیا متضرر شخص حرکت میں تھا یا سکون میں۔ ان امور کے لحاظ سے خون کے دھبے کیا کیا شکل اختیار کرتے ہیں۔

خون کے علاوہ دیگر دھبے

چاقوؤں پر زنگ کے دھبے اور خاصکر وہ دھبے جو پھل مثلاً سنگترے یا سیب کاٹنے میں چاقو استعمال کرنے سے پیدا ہوں (یہ دھبے علی الترتیب حدید کے سٹریٹ (citrate) یا میلیٹ (malate) سے بنا ہوتا ہے)۔ اکثر اوقات خون کے دھبوں کے ساتھ بہت مشابہت ظاہر کرتے ہیں۔ زنگ کے دھبے پانی میں حل نہیں ہو سکتے، اور فولاد پر نباتی ترشوں کے عمل سے جو محلول حاصل ہوتے ہیں وہ دموی تعاملات میں کا ایک بھی تعامل پیش نہیں کرتے۔ کپڑے نباتی یا معدنی یا انی لین (aniline) لونی مادہ سے ملون ہو سکتے ہیں۔ اکثر ثمری دھبے خون کے مشابہ ہوتے ہیں۔ آب امونیا ان کی رنگت کو سبزی مائل رنگت میں بدل دیتا ہے اور بعض نباتی دھبے اس تعامل سے قرمزی بنجاتے ہیں۔ بعض مثلاً لاگ وڈ (logwood) کے دھبے نیلے سے بدلکر سیاہ ہو جاتے ہیں۔ اکثر 65
اوقات ہلکے ترشے نباتی دھبوں کا رنگ تبدیل کر دیتے ہیں۔

معدنی دھبے اکثر اوقات حدید کے آکسائیڈ سے یا اس کے بعض نمکیات سے بنتے ہیں۔ عام طور پر امونیم سلفائیڈ (ammonium sulphide) ایسے دھبوں کو سیاہ کر دیتا ہے۔ لیکن چونکہ اس تعامل میں کا امونیا بعض نباتی دھبوں مثلاً آرچل (archil) لاگ وڈ (logwood) کو سیاہ کر دیتا ہے۔ اس لئے خالی آب امونیا کے ساتھ بھی

[1] International Medical Congress, London, 1913.

اقتداری تجربہ کرنا ضروری ہے۔ اگر ہائڈروکلورک ترشہ کا ایک قطرہ اور بعد ازاں پوٹاشیم فروسائنائیڈ (potassium ferrocyanide) محلول کا ایک قطرہ آہنی دھبوں کے ساتھ ملایا جائے تو پرشین نیلا رنگ (prussian blue) پیدا کرتا ہے خون سے مشابہ اکثر انیلین (aniline) دھبے ہلکے نائیٹرک (nitric) ترشہ کے ساتھ آمیز کئے جانے پر زرد ہو جاتے ہیں یا فاضل ترشہ کا رنگ زرد کر دیتے ہیں۔ ان امتحانات کے علاوہ ضروری ہے کہ ہیموگلوبن اور اس کے مشتقات کی عدم موجودگی بھی ثابت کی جائے۔

باب ۱۰

مردہ کی شناخت

مردے کی شناخت اس وقت درکار ہوتی ہے جب کسی نامعلوم شخص کی لاش جو تشدد یا فاقہ کشی یا مرض سے مرگیا ہو، کھلی ہوا، مکان کے کسی بیرونی حصہ میں یا دیگر غیر آباد مکانات میں یا آتش زدگی کے بعد کسی آباد مکان میں یا ہوٹل میں جہاں مسافر عارضی طور پر رہائش رکھتے ہوں، یا دھماکا ہونے کے بعد یا ریل کا حادثہ ہو جانے کے بعد پائی جاتی ہے۔

اگر جسم کے اعضا میں بہت تجدیع کی گئی ہو یا اس کی گندیدگی بہت ترقی یافتہ ہو تو تفتیش میں مشکلات بڑھ جاتی ہیں۔ اور شاید سب سے زیادہ مشکل وہ واقعات ہوتے ہیں جن میں اعضا کی علحدگی اور تجدیع خاص اس مقصد سے عمل میں لائی گئی ہو کہ وہ امتیازی خصوصیات جو شناخت میں مدد دے سکتی ہیں نظر نہ آئیں۔

بعض امور کی طرف توجہ دلانے کی ضرورت ہے جو

ایسی تفتیش کی کہ جس کا مقصد غیر معلوم شخص کی لاش شناخت کرتا ہے، اساس ہیں قدو قامت، سن، تغذیہ کی عمومی حالت، بالوں کا رنگ، ندبے، کسی قسم کے جلدی نشانات، بدساختگیاں، ہڈیوں کے دیرینہ تضرر کی علامات، مصنوعی دانتوں کی موجودگی اور قدرتی دانتوں کی عدم موجودگی یہ تمام امور قابل توجہ ہیں۔ اگر لاش غیر مقطوع اور تازہ ہو تو ان میں سے اکثر نقاط کا تصفیہ ہوسکتا ہے لیکن سن کا فیصلہ کرنا سب سے زیادہ مشکل ہوتا ہے۔

جب جسم کے ٹکڑوں کی بنا پر رائے قایم کرنی ہو کہ جن میں گوشت اور جلد ہی باقی رہ گئے ہوں تو بہت کچھ ان ٹکڑوں کی نوعیت پر منحصر ہوتا ہے۔ مثلاً پاؤں کی بہ نسبت ایک پورا ہاتھ مجلسی مرتبہ اور پیشہ کے متعلق زیادہ معلومات بہم پہنچائے گا۔ اگر جسم کی بہت زیادہ تجدیع کی گئی ہو اور سوائے چند ٹکڑوں کے کچھ بھی برآمد نہ ہو تو غالباً سینہ یا شکم سے مقتول کی صنف معلوم ہوجائے گی۔ اس قسم کی تمام تفتیشات میں کامیابی کو یقینی بنانے کے لئے تفصیلات کی جانب گہری توجہ کی ضرورت ہے۔ اگر جسم کے ٹکڑوں کا معاینہ کیا جائے تو خاص طور پر ان مقامات کی طرف توجہ مبذول کرنی چاہیئے جہاں سے اعضا اور باقی جسم کے درمیان علیحدگی عمل میں لائی گئی ہے۔ صحیح تفصیلات اسی وقت قلمبند کرلینی چاہئیں اور ممکن ہو تو ایک عکسی تصویر بھی لے لینی چاہیے یا ایک نقشہ اتار لینا چاہیئے تاکہ آئندہ وقت میں اگر باقی ٹکڑے دستیاب ہوجائیں تو یہ تحقیق ہوسکے کہ آیا وہ اسی جسم کے ٹکڑے ہیں یا نہیں۔

ندبوں کی موجودگی خواہ یہ کتنے ہی چھوٹے ہوں ضرور ملاحظہ کرنا چاہئیے ممکن ہے کہ بعد میں یہ عیاں ہو کہ فرد جس کی لاش زیر امتحان ہے، اس کے بازو سے خون نکالا گیا تھا، یا اس کو کوئی چھوٹا سا زخم لگا تھا۔ اور معلوم ہوجائے کہ اس شخص کی گمشدگی کے وقت تک وہ ندبہ موجود تھا۔ ان اصابتوں میں کہ جن میں ٹیٹو کے نشانات کی سابقہ موجودگی کا شبہ ہو یہ سفارش کی گئی ہے کہ پڑوس کے لمفی غدد کو نکال کر لونی مادہ کے لئے ان کا معائنہ کیا جائے۔

قد و قامت

قد کا تعین قدرے وسیع حدود کے اندر تنہا جوارح سے کیا جا سکتا ہے حتیٰ کہ بعض ہڈیوں سے بھی۔ اگر بازو کے طول کو دو سے ضرب دی جائے اور اس میں ہر ایک ترقوہ (clavicle) کے چھ چھ انچ اور عظم القص (sternum) کے عرض کا ڈیڑھ انچ جمع کیا جائے تو یہ عدد انگشتہائے وسطیٰ کے سروں کے درمیان بازو پھیلے ہونے کی حالت میں جو فاصلہ ہوتا ہے اس کے برابر اور تقریباً جسم کی بلندی کے برابر ہوتا ہے (ٹیلر : Taylor)۔ اور عظم الفخذ (femur) برابر ہوتا ہے جسم کی بلندی کی تقریباً ۲۷ء۵ کسر کے (قوین Quain)۔ بعض لمبی ہڈیوں کی لمبائی ہیں اور جس فرد کی وہ ہڈیاں ہوں اس کے قد و قامت میں ایک نسبت قائم کرنے کی غرض سے حساب لگا کر جدولیں بنائی گئی ہیں۔ لیکن جن پیمائشوں سے اوسط نسبت نکالی گئی ہے ان کے سلسلہ کی انتہاؤں کے درمیان اس قدر فرق ہوتا ہے کہ وہ اس نسبت کے اطلاق عمومی کی اجازت نہیں دیتا۔ ایک دو ہڈیوں کی پیمائش سے حاصل کردہ تخمینہ جات نہایت غیر معتبر ہوتے ہیں۔ اگر یہ پیش کرنے ہی ہوں۔ تو مشروط طور پر پیش کرنے چاہئیں کیونکہ یہ زیادہ تر قیاس پر مبنی ہوتے ہیں۔ اگر سارے کا سارا ڈھانچہ میسر ہو تو اس کی لمبائی میں ۱½ انچ جمع کر دیں جو کہ نرم حصص کا قائم مقام ہے۔

سن کا اندازہ لگانے کے معیار پہلے دیے جا چکے ہیں۔

اگر جسم سالم مگر گندیدگی کے ترقی یافتہ درجہ میں ہو تو ممکن ہے کہ صنف تک کے معلوم کرنے میں دقت ہو۔ نقاط جو ملاحظہ کرنے چاہئیں، یہ ہیں: سر کے بال، زہار کے بال، پستانوں کا درجہ نمو۔ سر کے بال عورتوں میں عام طور پر مردوں کی بہ نسبت زیادہ لمبے لمبے اور باریک ہوتے ہیں۔ اور موئے زہار عورتوں میں عام طور پر ناف کے اس قدر قریب نہیں پہنچتے جتنے کہ مردوں میں پہنچتے ہیں۔ عورتوں میں پستان زیادہ ابھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ لڑکیوں میں

ان کے ابتدائی آثار کے سوا کچھ نہیں ہوتا - لباس سے بھی شناخت میں مدد ملتی ہے - خواہ جسم سے اس کے دو ایک ٹکڑے ہی چسپاں رہ گئے ہوں - فلزی اشیا مثلاً انگوٹھیوں اور دیگر زیورات سے بھی کچھ سراغ نکل سکتا ہے - یہ امر بھی یاد رکھنے کے قابل ہے کہ رحم گندیدگی کے تغیرات کی مدافعت کرتا ہے -

اگر نرم حصے غائب ہو چکے ہوں تو ہڈیوں سے سن اور صنف کا پتہ چل سکتا ہے - اگر ہڈیاں علیحدہ علیحدہ یا ٹکڑوں کی شکل میں ملیں تو سب سے پہلے اس سوال کا جواب دینا چاہیئے، آیا یہ انسان کی ہیں یا ادنیٰ حیوانات میں سے کسی ایک کی ہڈیاں ہیں - اگر ہڈی صحیح و سالم ہو وہ تو اکثر اوقات کوئی لاینحل مشکل پیش نہیں کرتی - انسانی عظمیات کی کماحقہٗ واقفیت کی مدد سے کسی نہ کسی تسلی بخش نتیجہ پر پہنچا جا سکتا ہے خواہ یہ موافق ہو یا خلاف - اگر ہڈی انسانی نہ ہو تو ایک معمولی طبیب کے لئے اس کا تعین کرنا کہ یہ کس حیوان سے ماخوذ ہے کسی طرح آسان نہیں - اگر گواہ تقابلی عظمیات سے خوب واقف نہ ہو تو اس کے لئے سب سے بہتر یہ ہے کہ اس بیان پر اکتفا کرے کہ زیر بحث ہڈی انسانی ہڈی نہیں ہے - ممکن ہے کہ لمبی ہڈیوں کی ڈنڈیوں (shafts) کے ٹکڑے بہت مشکل پیش کریں چنانچہ گواہ پر اُسی قدر احتیاط بھی واجب ہے - ہو سکتا ہے کہ ٹکڑا اتنا چھوٹا اور بے ڈھب شکل کا ہو کہ یہ سوال پیدا ہو جائے کہ وہ ہڈی بھی ہے یا نہیں اس سوال کا حل خردبین سے اس طرح ہو سکتا ہے کہ وہ ہڈی کی ساختی خصوصیات کی موجودگی یا عدم موجودگی ظاہر کر دیتی ہے -

وقتاً فوقتاً ہڈیوں کے مجموعے ایسے حالات میں دریافت ہوتے ہیں جو شک پیدا کرتے ہیں کہ قتل عمد کا ارتکاب کیا گیا ہے - اگر ایسے مجموعہ کے متعلق ماہر سے استصواب رائے کیا جائے تو سب سے پہلی بات تحقیق طلب یہ ہوتی ہے کہ ہڈیاں انسانی ہیں یا نہیں - اگر انسانی ہوں تو انکو اس طرح ترتیب دینی چاہیئیں کہ ایک ڈھانچہ تیار ہو جائے جو حتی الامکان مکمل ہو - گاہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ دوہری ہڈیاں موجود ہوتی ہیں جو باقیات کی دوگانہ نوعیت پر دلالت کرتی ہیں - پھر ایک مکمل روئداد قلمبند کرنی چاہیئے اور جب ترتیب

مکمل ہو جائے تو اس کا نقشہ یا عکسی تصویر اتار لینی چاہیے۔ اگر کوئی غیر طبعی امر یا تضرر کا نشان ہو تو یہ ملاحظہ کرنا چاہیئے لیکن اس بات کا لحاظ رکھیں کہ تشدد کے وہ آثار جو کھدائی کے کام میں اوزاروں سے پیدا ہو جاتے ہیں اس عنوان کے تحت نہ لائے جائیں۔ جواب طلب سوالات یہ ہیں۔ جس فرد یا افراد کی ہڈیاں ہیں اس کا سن، قد و قامت، صنف کیا تھی۔ کیا موت کے سبب کی کوئی نشانی ہے۔ ہر سوال پر جداگانہ غور کرنا چاہیے۔

سن کا استنباط ہڈیوں کے بر باؤں سے اور دانتوں کی حالت سے اور ان دوسری نشانیوں سے کیا جاتا ہے جو بیشتر جدول کی صورت میں بتائی جا چکی ہیں۔ قد و قامت کا اندازہ صرف تقریبی طور سے لگایا جا سکتا ہے۔ بالخصوص جب کہ ڈھانچہ مکمل ہی نہ ہو۔ ڈھانچہ کے متعلق صنف کے مسئلہ پر غور کرنا باقی رہ گیا ہے۔

کالبد کی صنفی خصوصیات

عورت کا ڈھانچہ مرد کے ڈھانچے کی نسبت چھوٹا اور زیادہ ہلکی بناوٹ کا ہوتا ہے۔ انفرادی ہڈیاں مرد کی متناظر ہڈیوں سے کم وزندار ہوتی ہیں۔ مرد اور عورت کی ہڈیوں کے درمیان سب سے بڑے اختلافات کیا ہیں۔ اس کے متعلق ذیل کا بیان میکالسٹر (Macalister) کی کتاب "تشریح انسانی" سے لیا گیا ہے۔

مرد کا جمجمہ عورت کے جمجمہ کی بہ نسبت زیادہ بڑا، زیادہ بھاری اور زیادہ پُرحدود ہوتا ہے۔ اس کے عظمی زائدے، قذالی حدب (occipital protuberance)، وجنی (zygomatic) اور فوق الہدبی (superciliary) حیود زیادہ ابھرے ہوتے ہیں اور حجم وسیع تر ہوتا ہے (۱۰ : ۱۱ کی نسبت سے)، خاص کر جبہی (frontal) اور قذالی (occipital) خطوں میں۔ عورت کا جمجمہ ناپختگی کا منظر اور دیگر خصوصیات مثلاً صدغی

(temporal) طول کا جبہی (frontal) طول سے متجاوز ہونا۔ جداری حدبوں (parietal tubera) کا ابھرا ہوا ہونا اور ساتھ ہی ساتھ قاعدے کا تنگ ہونا، یہ سب برقرار رکھتا ہے۔ مقطب (glabella) سے لیکر (جو کہ فوق الہدبی (superciliary) محرابوں سے نیچے اور انکے درمیان ایک ہموار مقام ہے) قذال کے سب سے زیادہ اُبھرے ہوئے نقطے تک اوسط طول اعظم مرد میں ۱۹٫۶ سنٹی میٹر اور عورت میں ۱۸٫۳ سنٹی میٹر ہے۔ جمجمے کا حجم (یہ اس طرح تحقیق کیا جاتا ہے کہ جمجمہ کے تمام سوراخوں کو روئی سے بند کر دیا جاتا ہے پھر سوراخ اعظم (foramen magnum) کی راہ سے اس میں نمبر ۸ کے چھرے بھر دیے جاتے ہیں اور ان چھروں کو ماپ لیا جاتا ہے) یہ حجم اوسطاً ایک یورپین مرد میں ۱۵۷۰ مکعب سنٹی میٹر اور ایک یورپین عورت میں ۱۳۷۸ مکعب سنٹی میٹر ہوتا ہے۔ عورت کے زیریں جبڑے کی ٹھڈی بہ نسبت مرد کے کم ابھری ہوئی ہوتی ہے اور اس کا اکلیلی (coronoid) زائدہ کمزور تر اور کوتاہ تر ہوتا ہے اور فرع اور جسم کے اتصال سے جو زاویہ بنتا ہے وہ کلاں تر ہوتا ہے۔ عورتوں کا سینہ کوتاہ تر اور کشادہ تر ہوتا ہے بشرطیکہ سینہ بندوں (stays) کی وجہ سے بگڑ نہ گیا ہو۔ انکی پسلیاں زیادہ ترچھی ہوتی ہیں۔ مرد کی بارھویں پسلی طول میں اوسطاً ۱۰۳ ملی میٹر اور عورت کی ۸۳٫۸ ہوتی ہے۔ مرد کا میان قص (mesosternum) طول میں پیش قص (presternum) کے طول سے دوچند سے بھی زیادہ بڑا ہوتا ہے۔ لیکن عورت کا کم بڑا ہوتا ہے۔ عورت میں عمود فقری کا قطنی منحنی (lumbar curve) طویل تر ہوتا ہے۔ اور اس کا قطنی عجزی (lumbo-sacral) زاویہ مرد کی بہ نسبت بڑا ہوتا ہے۔ مرد کا طبعی عجز (sacrum) ۱۰۵ ملی میٹر اونچا اور تقریباً ۱۱۷ ملی میٹر چوڑا ہوتا ہے اور عورت کا ۱۰۱ اونچا اور ۱۱۸ چوڑا ہوتا ہے۔ ان تعلقات کو یہ عجزی اشاریہ (sacral index) دکھاتا ہے $\frac{\text{عرض} \times 100}{\text{بلندی}}$۔ ایسے عجزات جیسے کہ یورپینوں کے ہوتے ہیں جن میں یہ اشاریہ (index) ۱۰۲ سے متجاوز ہوتا ہے۔ عریض العجز (platyhieric) کہلاتے ہیں اور جو عجزات ۱۰۰ سے نیچے ہوتے ہیں وہ طویل العجز (dolichohieric) کہلاتے ہیں۔ یہ صورت بہت سی کالی نسلوں میں پائی جاتی ہے۔ برطانوی مردوں کا عجزی اشاریہ تقریباً ۱۱۲٫۴ ہوتا ہے اور عورتوں کا ۱۱۶۔ عورتیں عام طور پر عریض العجز (platy hieric) ہوتی ہیں۔ 68



Fig. 6.—Hæmin crystals.



Fig. 7.—Male sacrum.



Fig. 9.—Male pelvis (from Macalister's *Anatomy*).



Fig. 8.—Female sacrum.



Fig. 10.—Female pelvis (from Macalister's *Anatomy*).

وارڈ[ل] (Ward) نے مرد اور عورت کے عجز کے منحنی کے جدا جدا امتیازی خصائص حسب ذیل دیے ہیں عورت کے عجز کا منحنی بیشتر ہڈی کے زیرین نصف میں ہوتا ہے اور بالائی نصف تقریباً مستقیم ہوتا ہے۔ مرد کا عجز اوسطاً عورت کی بہ نسبت زیادہ منحنی ہوتا ہے اور اُس کا انحناء تمام طول میں یکساں طور سے پھیلا ہوتا ہے۔ بہت سی مثالوں میں مرد کا عجز عورت کے عجز کی شکل کے قریب قریب پہنچتا ہے۔ لیکن عورت کا عجز شاذ ہی وہ اوصاف پیش کرتا ہے جو مرد سے خاص ہیں بدیں وجہ مرد میں موضوع میں عجز کا مستقیم پایا جانا اس سے زیادہ عام ہے کہ عورت میں منحنی عجز پایا جائے۔

دونوں صنفوں میں حوض ڈھانچے کا ایک ممتاز ترین حصہ ہوتا ہے۔ مرد کا حوض زیادہ گہرا یا زیادہ ناہموار ہوتا ہے اور حرقفی حفرات اور ارتفاق (sympsis) زیادہ گہرے اور عانی زاویہ زیادہ چھوٹا ہوتا ہے یسادسوراخ (obturator foramen) انتصابی طور پر بیضوی اور ورکی حدبیے (tubera ischii) اندر کو مڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ عورت کا حوض کم گہرا اور زیادہ چوڑا اور زیادہ ہموار ہوتا ہے اور اسکی عانی محراب کشادہ تر اور ارتفاق (symphsis) کم گہرا ہوتا ہے اور ورکی ہڈیاں باہر کو پلٹی ہوئی اور ساد سوراخ (obturator foramen) مثلث ہوتا ہے۔ یہ صنفی خصائص سب کے سب بوقت ولادت دکھائی دے سکتے ہیں۔ عجزی طنف (sacral promonotory) سے لیکر ارتفاق عانہ کے بالائی کنارے تک گگر کا سہمی قطر مرد میں ۱۰۰ ملی میٹر اور عورت میں ۱۱۴ ملی میٹر ہوتا ہے اور متعرض قطر مرد میں ۱۲۶ اور عورت میں ۱۳۵ ہوتا ہے اور مورب قطر عجزی حرقفی مفصل سے لیکر حرقفی عانی فراز تک مرد میں ۱۱۰ اور عورت میں ۱۲۶ ہوتا ہے عانی گگر کا اشاریہ $\frac{100 \times \text{سہمی}}{\text{عرضی قطر}}$ مختلف نسلوں میں مختلف ہوتا ہے فخذیہ (femur) کی عنق کا زاویہ بالغ عورت میں مرد کی بہ نسبت کوتاہ تر ہوتا ہے یعنی اوسطاً ۱۱۸ درجہ اور مرد میں ۱۲۵ ہوتا ہے۔

ممکن ہے کہ ڈھانچے پر اُس تشدد کے جو اس پر زندگی میں کیا گیا ہو۔ آثار پائے جائیں جمجمہ کے جو ضررات اسلحہ آتشین کا نتیجہ ہوتے ہیں یہ بالعموم اس قدر واضح

[ل] Outlines of Human Osteology.

ہوتے ہیں کہ نظر انداز نہیں ہو سکتے ۔ اگر معائنہ نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ نظر سے کسور اور خاص کر قاعدہ کے کسور چھوٹ جائیں۔ اگر پھانسی یا گلا گھونٹنے سے واقع شدہ موت کے دافر تشدد سے عنقی فقرات کو تضررات پہنچے ہوں تو ان کی تلاش کرنی چاہیئے اور بیز لیبلیو کے کسور کی بھی تلاش کرنی چاہیئے ۔ اگر یہ تضررات موت سے فوراً قبل پیدا کئے گئے ہوں تو اندمال کی کوشش کا کوئی ثبوت موجود نہ ہوگا۔ دشبذ (callus) کی موجودگی اس امر کی دلیل ہے کہ تضرر لگنے اور موت واقع ہونے کے درمیان ایک وقفہ گزر چکا ہے ۔ دیرینہ کسور کے آثار تلاش کرنے چاہئیں۔ لونگ سٹون (Livingstone) سیاح افریقہ کی ہڈیاں فداعیہ (humerus) کے ایک دیرینہ غیر ملتئم کسر کی وجہ سے شناخت کی گئیں جسکی موجودگی کی اس کے دوستوں کو خبر تھی۔

69 شناخت میں طبی شہادت کی کیا قیمت ہے حکومت بنام کرپن (Crippen) کا مقدمہ (سنٹرل کورٹ ۱۹۱۰ء) اس کی ایک موثر مثال بہم پہنچاتا ہے ۔ قیدی پر الزام یہ تھا کہ اس نے اپنی بیوی کو ہائیوسین (hyoscine) کھلا کر ہلاک کر دیا ہے ۔ چند انسانی باقیات جو اندرونی اعضا اور جلد و عضلات کے اجزا پر مشتمل تھے لیکن جن میں سر کوئی ہڈی یا کوئی صنفی عضو نہ تھا اُس مکان کے تہ خانہ کے فرش کے نیچے کہ جس میں قیدی رہتا تھا، مدفون پائے گئے ۔ ان باقیات میں جلد کا ایک ٹکڑا تھا جس کے ہمراہ اس جلد کے نیچے کے عضلات بھی تھے اور جس کا ماپ ۶×۷ انچ تھا ۔ استغاثہ کی جانب کے طبی گواہوں نے یہ رائے ظاہر کی کہ یہ ٹکڑا شکم کی مقدمی دیوار کے زیریں حصہ سے ماخوذ ہے اور ان کا یہ یقین جس شے پر مبنی تھا وہ وتر عریض کی موجودگی اور عضلی ریشوں کی ترتیب تھی ۔ ایک کنارے پر بالوں کی واحد افقی قطار تھی ۔ جن کو انہوں نے موئے زہار تصور کیا اور ان کی افقی نوعیت اس نظریہ سے مطابقت کرتی تھی کہ جلد کسی عورت کے بدن سے ماخوذ ہے ۔ مقابل کے کنارے کی جانب اور بالوں کی قطار سے قائم الزاویہ پر کوئی چار انچ لمبا ایک نشان تھا جو خردبینی امتحان پر لیفی بافت سے بنا ہوا پایا گیا۔ مگر اس میں دہنی غدود کا نشانیہ تک نہ تھا ۔ ان کا یقین تھا کہ یہ کوئی دیرینہ ندبہ ہے جیسا کہ کسی شکمی عملیے کے بعد بن جاتا ہے ۔ اب یہ ایک معلوم

امر تھا کہ چند سال قبل اس مفقود الخبر عورت پر ایک شکمی عملیہ ہوا تھا۔ صنف کی مزید شہادت اس سے بہم پہنچی کہ باقیات میں دو ہائینڈ (Hinde) کے گھونگر ڈالنے والے آلات موجود پائے گئے جن کے ساتھ ۸ انچ لمبے بال چپکے ہوئے تھے۔ ان بالوں میں اس امر کا بین ثبوت پایا جاتا تھا کہ ان کو خضاب لگایا گیا ہے، کیونکہ قریبی حصہ کا رنگ بعیدی حصہ سے مختلف تھا۔ شہادت میں یہ مذکور تھا کہ یہ بال قیدی کی بیوی کے بالوں سے مشابہ ہیں اور نیز یہ کہ وہ بالوں کو خضاب لگایا کرتی تھی۔

صفائی کی طرف سے پہلے تو یہ رائے ظاہر کی گئی کہ جلد کا ٹکڑا اسینہ یا سرینوں سے ماخوذ ہے اور بال بغلوں یا عبرز کے ہیں۔ لیکن آخر کار یہ تسلیم کیا گیا کہ اس کی تشریحی ساخت دیوار شکم کی تشریحی ساخت کے تناظر ہے۔ نشان کے متعلق اس امر پر زور دیا گیا کہ یہ جلد میں شکن پڑنے سے پیدا ہو گیا ہے اور یہ تسلیم کرنے سے انکار کیا گیا کہ یہ ندبہ ہے، کیونکہ اس میں شعری جراب اور دہنی غدود نہ تھے۔ مستغیث نے یہ تسلیم نہیں کیا کہ وہ مناظر جو خردبین کے نیچے دکھائی دیتے تھے بیان کردہ ساختوں ہی کے ہیں۔ بہر حال منفرد جرابوں یا غدود کے وجود کی توجیہہ اس طرح بھی ہو سکتی تھی کہ جلد کے باریک اجزا ندبی بافت کے اندر پھنس کر رہ گئے ہیں۔ ان واقعات کی بنا پر جیوری نے تشخص کو ثابت شدہ قرار دیا۔ یہ بھی ثابت ہو گیا کہ قیدی نے ہایوسین خریدی تھی اور اس کو قصوروار ٹھیرایا گیا (ہایوسین کے تسمم کے زیر عنوان بھی دیکھو)۔

70

باب ۱۱

وہ موضوعات جو صنفی تعلقات سے واسطہ رکھتے ہیں

صنفی غیر طبعی حالتیں

صنف کا موضوع ایسا ہے جس سے طبی قانون داں اکثر دوچار ہوتا ہے

اس قسم کے مسائل یا تو نو زائیدہ بچوں کے ضمن میں اٹھتے ہیں، مثلاً کوئی عورت ایک بچہ جنتی ہے اور اس کی صنف کے متعلق شبہ ہوتا ہے اور اگر وہ لڑکا ثابت ہو جائے تو جائداد کا وارث بنتا ہے۔ اس سے بعد کی زندگی میں نامردی، زنا بالجبر، دخول، اور مماثل امور کے ضمن میں صنفی نمو یا قابلیت پر غور کرنا پڑتا ہے۔

کسی بچہ کے ایک جائداد کا وارث بن سکنے کے لئے یہ شرط مقرر کردی گئی ہے کہ وہ انسان کی شکل کا ہو لیکن اگر جائداد کو مرد وارثوں تک محدود کردیا گیا ہو تو صنیف کا مسئلہ اس پر مستزاد ہو جاتا ہے اس امر کی کس حد کے بعد بدصورتی اس قدر وافر ہو جاتی ہے کہ اس کا مالک انسان کہلانے کے استحقاق سے محروم ہو جاتا ہے، تعیین کرنی ناممکن ہے سقوطات کے مختلف انواع کے درمیان جو زندہ پیدا ہوتے ہیں اس قدر اختلاف پایا جاتا ہے کہ خواہ وہ از روئے سائینس جماعت بندی کی صلاحیت ہی رکھتے ہوں تاہم ہر مثال پر جدا جدا غور کرنا لازمی ہے۔ قانون اس سوال کو کھلا چھوڑ دیتا ہے، اور شکل انسانی کا عدم پیدا کرنے کے لئے طبعی حالت سے کس قدر انحراف کی ضرورت ہے اس امر کی تعیین نہیں کرتا ان حالات میں خیالی تفریق کی کوشش لاحاصل ہے۔ ماہر زیادہ سے زیادہ یہی کر سکتا ہے کہ بچے کا نہایت محتاط تفصیلی معائنہ کرے اور جو کچھ پائے، عدالت کو اس سے مطلع کرے جملہ معترضہ کے طور پر یہ کہا جا سکتا ہے کہ رائے عامہ کے برخلاف کسی غیر طبعی طور پر متشکل جنین یا سقوط کی موت کا اسراع کرنا جرم ہے خواہ وہ دیر تک زندہ رہنے کے بداہتہً ناقابل ہی کیوں نہ ہو۔

شیرخوار میں بھی صنفی مسئلہ کا حل بعض اوقات اتنا ہی دشوار ہوتا ہے۔ لیکن یہاں اعضا صنفی کی شکلیات تاویل میں رہبری کرتی ہے۔ زندہ شیرخوار میں صرف بیرونی صنفی اعضا ہی امتحان کے لئے میسر آسکتے ہیں غیر طبعی مناظر کی تاویل کو آسان کرنے کے لئے نمو کے اس ابتدائی دور کی صورت حالات پر جب کہ صنفیں متفرق ہوتی ہیں ایک نظر ڈالی جائے تو مفید ہوگا۔ ساتھ کی دو تصویریں اس مرحلہ میں مردانہ اور زنانہ بیرونی اعضا کی صورت ظاہر کرتی ہیں۔

تصویر ۱۱ میں تناسلی دانہ (C) سے بظر (clitoris) بنتا ہے۔ اور
تناسلی شکنوں (L) سے شفرتین صغیر بن جاتے ہیں۔ اور موری کے شفرتین
(cloacal lips) کے جلدی شکن جب جدا رہ جاتے ہیں تو شفرتین کبیر (labia
majora) بن جاتے ہیں۔ بولی تناسلی (urogenital) جوف ، ہلینر کی حیثیت
سے باقی رہ جاتا ہے۔ تصویر ۱۱ب میں تناسلی شکن متقارب ہو کر خط وسطانی
میں متحد ہو گئے ہیں اور مبال کو قضیب کے حشفہ (P) تک بند کر دیا ہے۔
موری (cloaca) کے جلدی شکن جو عورت میں جدا رہ کر شفرتین کبیر بن جاتے
ہیں وہ باہم متحد ہو جاتے ہیں اور ان کے التیام سے صفن بنتا ہے (S)۔ اگر
تناسلی شکن ملتئم نہ ہوں تو سیون (R) کے مقام پر مبال کھلا رہ جاتا ہے۔ اور
وہ حالت پیدا کرتا ہے جو کہ تحت مبالیت (hypospadias) کہلاتی ہے۔

عورت کے مکمل طور سے نمو یافتہ تناسلی اعضا میں جو حالت پائی جاتی
ہے وہ وہی ہوتی ہے جو تفرق صنف سے قبل موجود ہوتی ہے۔ مذکر اعضا
بننے کے لئے ایک نئی سمت میں مزید بالیدگی اور نمو کی ضرورت ہوتی ہے۔
71 جس کے دوران میں اکثر ایسے حالات پیدا ہوتے ہیں جو صنفی ابہام کا موجب ہوتے
ہیں۔ یہ تصور کرنا آسان ہے کہ تحت مبالیت (hypospadias) اس قدر وسیع
بھی ہو سکتا ہے کہ مذکر اعضا غیر طبعی طور پر متشکل شدہ مونث اعضا کے مشابہ
دکھائی دیتے ہیں۔ اگر خصیے اترے ہوئے نہ ہوں اور فوطہ مشقوق ہو تو جو صورت اس سے
پیدا ہوتی ہے وہ تفرق سے قبل کی حالت سے مشابہ ہوتی ہے۔ اس حالت
میں یہ آسان امر نہیں کہ محض بیرونی معائنہ ہی سے صنف کا تعین کر لیا جائے۔ اگر
ایک یا دونوں خصیے پائے جا سکیں اور شناخت کئے جا سکیں تو اس سے صنف
متعین ہو جاتی ہے یعنی یہ کہ یہ مرد ہی ہے۔ مبیض (ovary) کی دریافت بھی مونث
صنف کی اتنی ہی متخص ہے۔ اگر کسی غدی عضو تک رسائی ہو سکے تو مس کے ذریعہ
اس کا بغور امتحان کرو۔ جتنا یہ عضو زیادہ سخت ہوگا اتنا ہی اس کے مبیض
(ovary) ہونے کا زیادہ امکان ہے۔ باکرہ مبیض زیادہ تر لیفی بافت پر مشتمل
ہوتا ہے، اس لئے یہ سخت ہوتا ہے، یعنی خصیے سے زیادہ سخت۔ بالغ اگر مرد

ہو تو اس غدی عضو کے دبانے سے ضعف اور غش کی وہ عجیب کیفیت پیدا ہوتی ہے جس کا خصیوں کے دبانے سے احساس ہوتا ہے۔ قضیب کا نمائندہ ممکن ہے سوراخدار ہو ممکن ہے نہ ہو۔ اور قلفہ (prepuce) یا تو آزاد ہوتا ہے یا تناسلی شکنوں یعنی شفرتین صغیر کیساتھ مسلسل ہوتا ہے اور موخر الذکر دونوں حالتیں مونث صنف کی موجودگی پر دلالت کرتی ہیں۔ اگر مبال کے فم کے پیچھے اور معاء کے آگے تہ انبان (cul-de-sac) کا فتحہ موجود ہو تو غالباً یہ ملریائی (Mullerian) قنات یا مہبل کی نمائندگی کرتا ہے۔ اور اس لئے مونث صنف پر دلالت کرتا ہے۔ لیکن ایسا ہی فتحہ خنثیت کی مذکر نوع میں بھی موجود ہو سکتا ہے یہ قدامی کیسہ (vesicula prostatica) کا فتحہ ہوتا ہے۔ اور رحم کا ہم ترکیب ہوتا ہے۔ فوق مبالیت (epispadias) یہ ہے کہ قضیب کے ظہری رخ پر ایک فتحہ موجود ہوتا ہے جس کے ہمراہ اکثر اوقات بیرونی اعضاء تناسلی کا عموماً نشو بھی ہوتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ اس کے ساتھ مثانہ کی بیروں گرویدگی (extroversion) بھی پائی جائے۔

بلوغ کے بعد آلات تناسلی کی وظیفی فعالیت کے ظہور سے بھی سراغ حاصل ہوتا ہے۔ اگر خون کے دوری اخراجات وقوع پذیر ہوتے ہوں تو یہ مونث صنف کی دلیل ہے منی کا اخراج مذکر صنف کی دلیل ہے۔ جسمانی بناوٹ کا بھی لحاظ کیا جا سکتا ہے۔ مثلاً بالوں کی بالیدگی جسم کا عام ڈیل ڈول، پستانوں کا نشو و نما، آواز کا عموماً اخلاقی خصائص تشخیصی طور پر زیادہ قیمت نہیں رکھتے، کیونکہ طویل تکرار سے فرد کے صنفی رجحانات اور عادات پر ایک زبردست اثر پڑتا ہے۔

بیرونی کے علاوہ اندرونی اعضاء میں بھی نموی تشوہات ملتے ہیں۔ اس طرح کے بدشکل شدہ افراد اکثر اوقات خناث کہلاتے ہیں، لیکن ایسا کہنا صحیح نہیں ہے یہ ایک قدیم وہم ہے کہ ایک ہی ذات میں صنفیں کا اجتماع ہو سکتا ہے۔ یہ وہم خود تولید کی مزعومہ قابلیت پر مبنی ہے۔ لیکن ان معنوں میں خنثیت کوئی وجود نہیں رکھتی۔ البتہ جہاں تک کسی شخص میں مذکر اور

مونث تناسلی اعضا یا ان کے حصوں کے یکجا ہونے کا تعلق ہے، اس کی مثالوں کا اچھا خاصہ گروہ ملتا ہے۔ یہ دستور ہے کہ محض بیرونی اعضا کی بدساختگی کی مثالوں کو جو صنفی شخصیت کو کاذب یا مبہم بنادیتی ہیں جھوٹی یا کاذب خنثیت کی مثالیں کہا جاتا ہے اور ایسی مثالیں پیشتر بیان کی جاچکی ہیں۔ صادق خنثیت جس میں ایک طرف مبیض اور دوسری طرف، خصیہ ہو، یا مبیض اور خصیہ مجتمع ہوں غایت درجہ شاذ ہے۔ بلیربل[1] (Blair Bell) نے ایک ایسی مثال کو تفصیلاً بیان کیا ہے۔ اس میں موہوم سرطان کی وجہ سے تناسلی غدود نکال لئے گئے جن میں ایک مبیض اور دوسرا مبیضی خصیہ تھا۔ مریض کی ہلکی سی مونچھیں تھیں۔ اس کے جسم پر بالوں کی ترتیب مردانہ تھی اور دو انچ لمبا بظر (clitoris) تھا۔

مندرجہ ذیل مثالیں مختلف اقسام کی خنثیت کی ہیں شیمورل[2] (Schmorl) جانبی اور عرضی 72
خنثیت کی ایک مثال بیان کرتا ہے کہ جس میں بیرونی اعضا مردانہ شکل سے ایک عمومی مشابہت رکھتے تھے یعنی قضیب خوب نمو یافتہ لیکن غیر سوراخدار تھا۔ صفن مشقوق تھا اور اس کے دائیں نصف میں ایک عضو تھا جس کی ساخت خصیہ کی سی تھی۔ بایاں نصف خالی تھا۔ اندرونی اعضا مونث نوعیت کے تھے یعنی ایک مہبل تھا جو باہر کی جانب کو نہ کھلتا تھا۔ اور ایک رحم تھا جس کے ہمراہ فالوپی انبوبیں (Fallopian tubes) اور عنق اور بائیں جانب ایک مبیض تھا۔
ہچنسن[3] (Hutchinson) نے ایک پوری میعاد کے جنین کے جسم کی جو عرضی خنثیت کا موضوع تھا تقطیع کی قضیب خوب متشکل تھا گو کہ اس میں خفیف سی تحت مبالیت (hypospadias) بھی تھی صفن کی سیون نہایت خوبی سے نمایاں تھی بصلہ (bulb) اور غدہ قدامیہ (prostate) انتہائی خوبی کے ساتھ نمو یافتہ تھے اور موخرالذکر میں مہبل آکر کھلتا تھا جس کے اوپر رحم، مبیض اور فالوپی انبوبیں

---

[1] Trans. Roy. Soc. Med., 1915.

[2] Virchow's Arch., 1888.

[3] The Lancet, 1885.

تھیں جو کامل طور سے متشکل تھیں۔ ہیپنر[1] (Heppner) نے ایک دو ماہ کے بچہ کے جسم کا معائنہ کیا جو انقصابی خنثیت کی مثال پیش کرتا تھا۔ بیرونی اعضا مذکر نوعیت کے تھے اور قضیب میں جس کے ہمراہ حشفہ اور قلفہ بھی تھے تحت مبالیت تھی۔ ایک خالی صفن معہ سیون کے موجود تھا۔ ایک قدامی غدہ تھا لیکن عروق خارجہ (vasa efferentia) یا کیسہ منوی (vesicula seminalis) موجود نہ تھے۔ ایک مہبل تھا نیز ایک رحم تھا جس کی عنقی قنات میں حیاتی تشجر (arbor vitæ) تھا دونوں جانب مدور اور عریض روابط (round & broad ligaments) تھے جن کے ہمراہ مبیض اور فالوپی انبوبیں خوب متشکل موجود تھیں۔ ہر ایک مبیض کے نیچے ایک خصیہ تھا اور ہر خصیہ کے نزدیک ایک عضو تھا جو جار المبیض (parovarium) سے مشابہ تھا۔ سیچرالی[2] (Cechherelli) نے انقصابی خنثیت کی ایک زندہ مثال بیان کی ہے۔ موضوع کی عمر ۱۴ سال تھی۔ اس کے پستان خوب متشکل تھے۔ قضیب میں تحت مبالیت تھی۔ صفن مشقوق تھا لیکن اس کے اندر ایک ہی خصیہ تھا۔ مشقوق فوطے کے شکنوں یا شفرین کے مابین رحم کی عنق محسوس ہو سکتی تھی۔ یونث اعضا مکمل معلوم ہوتے تھے بارہویں سال سے حیض باقاعدگی سے آرہا تھا اور اس فرد نے عورت کی حیثیت سے مجامعت بھی کی تھی۔ قضیب کے فتحہ سے جو منی خارج ہوئی اس کے نمونہ کا ورچو (Virchow) نے امتحان کیا تو اس میں حیوانات منی پائے گئے۔

مذکر اعضا کی غیر طبعی حالتیں۔ وہ افراد جن کے صفن میں صرف ایک ہی خصیہ ہوتا ہے وحید الخصیہ (monorchid) کے نام سے معروف ہیں۔ اور یہ حالت خواہ غیر مکمل نمو کا نتیجہ ہو خواہ عملیتی مداخلت کا، تولید میں مانع نہیں ہوتی۔ دونوں خصیوں کا عدم نزول ضرور نہیں کہ فرد کو قوت تولید سے محروم کر دے۔ اگرچہ غالب ہے کہ اس سے مزاحمت پیدا ہو اور ممکن ہے کہ یہ قطعی طور پر مانع ثابت ہو۔ اس حالت غیر طبعی کے موضوع خفی الخصیتین (cryptorchid) کہلاتے ہیں اور جو افراد اس نقص میں مبتلا ہوتے ہیں ان کے متعدد بعد الموت امتحانوں سے

---

۱ Du Bois-Reymond's Arch., 1870.

۲ Lo Sperimentale 1874.

ثابت ہو چکا ہے کہ ایسے منوی سیال میں حیوانات منی موجود نہیں ہوتے۔ لیکن کئی ایسی زندہ مثالیں قلمبند کی جا چکی ہیں کہ جن میں قوت تولید باقی رہی ہے۔ لہٰذا مثبت شہادت کا پلہ منفی شہادت کی بہ نسبت زیادہ بھاری ہے۔ دونوں خصیوں کے عدم وجود سے کم از کم ان کے علیحدہ ہونے کے بعد کچھ دیر تک باروری کی قابلیت بالکل برباد نہیں ہوتی لیکن اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ یا تو علیحدگی نامکمل ہوتی ہے یا منوی سیال کا افراز کرنے والے اعضا کے علیحدہ ہونے کے بعد منوی سیال کا خزانہ باقی رہتا ہے۔

قضیب کی عدم موجودگی یا کل بیرونی تناسلی اعضا کی عدم موجودگی کا سبب یا تو ناقص نمو ہوتا ہے یا ضرب یا مرض ہوتا ہے۔ بعض مثالوں میں قضیب تمام لمبائی میں صفن کے ساتھ منضم ہوتا ہے۔ اگر عضو بذات خود پورے طور پر متشکل ہو تو اس غیر طبعی حالت کا علاج جراحتی عملیے سے ہو سکتا ہے۔

مونث بیرونی اعضا بھی مفقود ہو سکتے ہیں اور ان کے ساتھ ممکن ہے کہ اندرونی اعضا کا فقدان بھی ہو یا نہ ہو۔ بعض اوقات فرج طبعی منظر پیش کرتی ہے لیکن مہبل موجود نہیں ہوتی ممکن ہے کہ مہبل خلقی طور پر ہی مفقود ہو یا التہابی انضمام کے باعث مسدود ہو گئی ہو جو اکثر اوقات بچپن کے مرض ڈفتھیریا کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جراحتی کارروائی صرف اسی صورت میں کی جا سکتی ہے کہ وہ ساختیں جو مہبل کی نمائندہ ہیں موجود ہوں۔ ممکن ہے بیرونی اعضا مکمل ہوں اور بیض اور رحم میں سے ایک یا بیض اور رحم دونوں مفقود ہوں ممکن ہے کہ مہبل میں قضیب کو قبول کرنے کیلئے کافی گنجائش نہ ہو عموماً مناسب علاج سے اس کیفیت کا ازالہ ہو سکتا ہے۔ الم المہبل (vaginismus) نام کی کیفیت خاصکر جب کہ اس کے ساتھ شدت کا ہسٹریا (hysteria) ہو صنفی مجامعت میں اتنے ہی موثر طور پر مانع آ سکتی ہے، جتنا کہ مہبل کی ساختی بے انتظامی۔ ایک بڑا فتق دونوں صنفوں میں مجامعت میں رکاوٹ پیدا کر سکتا ہے۔

عنانت اور عقم 73

عنانت سے مجامعت کی ناقابلیت اور **عقم** سے اولاد پیدا کرنے کی ناقابلیت مراد ہے پہلی اصطلاح عموماً مذکر صنف کے متعلق اور دوسری مونث صنف کے متعلق استعمال کی جاتی ہے لیکن ان کو علی الترتیب دونوں صنفوں کے متعلق بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔ چنانچہ مرد بھی اسی طرح عقیم ہوسکتا ہے کہ جسطرح عورت اور عورت بھی اسی طرح عنین ہوسکتی ہے کہ جس طرح مرد۔ مرد اولاد پیدا کرنے کے اسطرح ناقابل ہوسکتا ہے کہ یا عنین ہو یا باوجود مجامعت پر قادر ہونیکے اس کی منی میں بچہ پیدا کرنے والے عناصر مفقود ہوں۔ عورت عقیم اس طرح ہوسکتی ہے کہ یا تو اس کے بیرونی تناسلی اعضا معدوم ہوں جس سے وہ مجامعت کے ناقابل ہوجائے یا ان کے ہوتے ہوئے مبیض یا رحم موجود نہ ہو۔ موخر الذکر حالت میں عورت عقیم ہوگی عنین نہ ہوگی۔ اس موضوع پر دونوں صنفوں کے متعلق علیحدہ علیحدہ بحث کرنے کی ضرورت ہے اور بنظر سہولت عنانت اور عقم پر ایک جگہ غور کیا جاسکتا ہے۔ طبی قانونی مذاولت میں عنانت اور عقم کا مبحث، طلاق، صحیح النسبی اور مجرمانہ حملہ کے واقعات کے ضمن میں درپیش ہوتا ہے۔

مردوں کے صنفی نقائص

مرد میں عنانت اور عقم کا باعث یا تو عضوی نقص ہوسکتا ہے یا اگر اعضا تشریحاً کامل ہوں تو تفاعلی اختلال۔ سن۔ تشوہ۔ اور نفسی اسباب اپنی اپنی جگہ علتی عوامل ہوسکتے ہیں۔

سن۔ زندگی کی دونوں انتہائیں فرد کو صنفی مجامعت کے ناقابل بنادیتی

ہیں لیکن ایسا کب واقع ہوتا ہے، اس کی حد صحیح صحیح مقرر نہیں کی جا سکتی۔
انتہائی نوعمری سن بلوغ میں جو بالعموم پندرھویں یا سولھویں سال کے لگ بھگ ہوتا ہے صنفی قویٰ مجامعت کی قابلیت ظاہر کرنا شروع کرتے ہیں۔ یہ تولیدی قابلیت کا پیش ارو ہوتی ہے۔ اس لحاظ سے بہت اختلاف پایا جاتا ہے[1] سب سے ابتدائی عمر جس میں مرد میں قوت تولید کا موجود ہونا مندرج ہے، تیرہ سال ہے۔ اس عمر کے ایک لڑکے نے ایک نوجوان عورت کو حمل کر دیا تھا۔ متعدد واقعات ایسے مندرج ہیں کہ جن میں چودہ سال کی عمر کے لڑکے باپ بن گئے ہیں۔ بلوغت کوئی ایسا تغیر نہیں جو زندگی کے کسی مقررہ دور میں وقوع پذیر ہو۔ بلکہ اس کا جلد یا بدیر واقع ہونا موروثی اثر پر منحصر ہے اور نیز ان حالات پر جو فرد کا طبیعی اور اخلاقی ماحول بناتے ہیں۔ کسی مزعومہ صنفی قابلیت کی مثال (case) کا امتحان کرتے وقت طبیب کو اس قدر فرد کی عمر کا لحاظ نہیں کرنا چاہیئے، جتنا کہ اس کے طبیعی اور اخلاقی نمو کا۔ پندرہ سولہ سال کے ایسے لڑکے بھی ہوتے ہیں جو صنفی اعتبار سے محض بچہ ہوتے ہیں۔ لیکن بعض لڑکے اس سے بھی ابتدائی عمر پر بالغوں کی قوتیں اور جبلتیں رکھتے ہیں۔ عانہ پر بالوں کی موجودگی اور ایک نمو یافتہ قضیب کی موجودگی خواہ ان کیساتھ عنفوان شباب کی طرف اشارہ کرنے والے دیگر حالات مثلاً آواز کی سر اور جسمانی بناوٹ پائے جائیں یا نہ پائے جائیں صنفی قابلیت کی قوی دلیل ہوتی ہے۔ پیرانہ سالی تولیدی قوت میں مانع نہیں آتی۔ یہ صحیح ہے کہ صنفی قابلیت عمر کی زیادتی کیساتھ ساتھ گھٹتی جاتی ہے اور اس لئے نوجوان مرد کی بہ نسبت ایک پیر مرد کے عورت کو حمل کرنے کا کم تر امکان ہے لیکن یہ بیان تو صرف ایک اغلب امکان کا ہے۔
لیکن طبی قانون داں کو صنفی قابلیت کے محض امکان کے متعلق گواہی دینی ہوتی ہے۔ ۷۰ اور ۸۰ سالہ آدمیوں بلکہ اس سے بھی زیادہ بوڑھے آدمیوں کے منوی سیال میں فعّال تخمی رشتکیں پائی گئی ہیں، اور بے شمار آدمیوں کی مثالیں موجود ہیں کہ جن کے ہاں اس عمر میں شادی کرنے کے بعد اولاد پیدا ہوئی۔ جب تک کہ منوی سیال میں فعّال حیوانات منی موجود ہیں اس وقت تک حمل کرنے کا امکان تسلیم کرنا ضروری ہے۔ لہٰذا یہ کہا جا سکتا ہے کہ پیرانہ سالی تولیدی قوت کی امکانی بقا کی نقیض نہیں ہے؛

[1] Brit. Med. Journ. 1887

گاہے نفسی تاثرات صنفی جذبات کو بالکل دبا دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ایک شخص اسی بنا پر ایک عورت کے ساتھ مجامعت کرنے کے قطعاً ناقابل ہو لیکن دوسری عورت کے ساتھ بخوبی قادر ہو۔ اگر تفضلال زدہ (perverted) جذبہ ہو تو جس عورت کی نسبت یہ دل میں پایا جاتا ہے اس کے ساتھ مجامعت کرنے کا خیال ہی ذہن میں انتہائی کراہت کی کیفیت پیدا کر دیتا ہے۔

مرض سے پیدا شدہ کمزوری ممکن ہے کہ صنفی تفاعلوں کا عارضی یا مستقل ضیاع واقع کر دے۔ شدید قسم کے اکثر حاد امراض مثلاً تپ، ذات الریہ واشناہیم، عارضی ضیاع کا باعث ہوتے ہیں۔ مزمن امراض میں ذیابیطس صنفی توانائی کو زائل کر دیتا ہے۔ نظامِ عصبی کے امراض صنفی تفاعلوں کو مختل کرنے کا خاص رجحان رکھتے ہیں۔ ہزال نخاع (tabes) پہلے قابلیت بڑھاتا ہے، بعد میں اسے زائل کر دیتا ہے۔ مزمن التہاب نخاع (myelitis) میں صنفی قوت عام طور پر ابتدائی دور ہی میں گھٹ جاتی ہے اور سرعت سے کم ہوتی ہوتی بالآخر معدوم ہو جاتی۔ راس (Ross) بیان کرتا ہے کہ ناتمام یا فالج (paraplegia) میں کچھ وقت تک صنفی قوت مصئون رہتی ہے۔ کثیر التعداد تسممی کیفیات میں جو التہاب اعصاب محیطی (peripheral neuritis) پیدا کرتی ہیں قوت رجولیت کم و بیش گھٹ جاتی ہے اور بعض میں کامل نامردی پیدا ہو جاتی ہے۔ کنکاف (mumps) بعض اوقات ایک یا دونوں خصیوں کے انتقالی التہاب (metastatic inflammation) پر منتج ہوتا ہے جس سے ذبول پیدا ہو کر تولیدی قوت زائل ہو جاتی ہے۔

سر کی چوٹوں کے بعد عارضی اور حتیٰ کہ مستقل طور پر بھی قوت رجولیت ضائع ہو چکی ہے۔

مردانہ صنفی اعضا کی بدساختگیاں جو پچھلے باب میں بیان ہو چکی ہیں، اپنے درجہ اور ہیئت کے لحاظ سے نامردی اور عقم پیدا کرتی ہیں یا نامردی اور عقم نہیں پیدا کرتیں۔ سب سے پہلا غور طلب امر یہ ہے کہ کیا یہ حالت طبعی منوی سیال کے افراز کو روکتی ہے اور یہ کہ اگر نہیں روکتی تو کیا اس کے مہبل

لہ۔ امراض نظام عصبی ۱۴۴۳

میں پہنچنے میں کوئی قطعی میکانی رکاوٹ حائل ہے۔
دونوں خصیوں کا مکمل فقدان مرد کو عقیم بنا دیتا ہے۔ اگر کسی مرد سے اس وقت جبکہ وہ اپنی پوری فعالیت کی حالت میں ہو دونوں خصیئے دور کر دیے جائیں، ممکن ہے اس کے بعد ایک دو ثمر مجامعتیں ہو بھی جائیں، لیکن بالآخر حمل کرنے کی قوت معدوم ہو جاتی ہے۔ مساذا[لہ] (Massazza) نے جانوروں پر تجربہ کرتے ہوئے معلوم کیا کہ اخصاء سے تولیدی طاقت فی الفور زائل نہیں ہوتی خصیئے جدا کرنے کے ۹ دن بعد منوی قناتوں میں فعّال حیوانات منی پائے گئے۔ یہ ضروری نہیں کہ خصیے دور کرنے سے آدمی نامرد ہو جائے لیکن اس سے تولیدی قوت سلب ہو جاتی ہے۔ تاریخ بیان کرتی ہے کہ استعماری روم کی خاتونیں اس حقیقت سے فائدہ اٹھاتے اور خواجہ سراؤں کے ساتھ ناجائز طور سے لطف اندوز ہونے کی خوگر تھیں، کیونکہ اس فعل سے حمل ہونے کا خطرہ نہ ہوتا تھا۔ اس سے زیادہ قریبی زمانے میں اکثر اوقات خواجہ سراؤں کی وجہ سے جو کہ من حیث الجماعت بالکل ناپید نہیں ہیں بڑے چرچے ہوئے ہیں۔ اگر خصیے موجود ہوں لیکن وہ طبعی مقام پر نہ ہوں تو یہ حالت، باروری میں کوئی قطعی رکاوٹ نہیں ڈالتی۔ یہ بھی معلوم ہے کہ خفی الخصیتین (cryptorchids) شخص بھی ثمر آور ہو سکتے ہیں۔

قضیب کی بدشکلیاں حمل کرنے میں میکانی رکاوٹ کا سب سے بڑا سبب ہیں۔ **فوق مبالیت** (epispadias) تقریباً ہمیشہ مرد کو عقیم بناتی ہے، کیونکہ اس حالت سے یہ تقریباً ناممکن ہو جاتا ہے کہ منوی سیال مہبل تک پہنچے۔ **تحت مبالیت** (hypospadias) بد ساختگی کے درجہ اور محل وقوع کے لحاظ سے حمل کرنے میں رکاوٹ پیدا کرتی ہے یا نہیں کرتی۔ اگر قضیب اور صفن مشقوق ہوں یا محض قضیب ہی جڑ کے قریب کھلا ہوا ہو تو قدرتی ذرائع سے اس شکل کا رفع کرنا ناممکن ہوتا ہے۔ منی کو مہبل میں مصنوعی طور پر منتقل کرنے پر حمل کا استقرار ہوا ہے۔ چونکہ منی کو مہبل میں دھکیلے بغیر اسکو محض فرج پر رکھ دینے سے

لہ Riforma Medica, 1891.

حمل قرار پا سکتا ہے لہٰذا اس کے متعلق کہ اگر مرد کے لئے حالات
ناساز گار ہوں تو آیا حمل قرار پانے کا امکان ہے یا نہیں، رائے ظاہر کرتے وقت
بہت سکوت برتنے کی ضرورت ہے تحت مبالیت (hypospadias) کی
مثالوں میں مثال کے ذاتی خصائص کی بناپر رائے دی جاتی ہے۔ یہ بدساختگی بجائے
خود کوئی معین حالت نہیں ہے۔ اس لئے ممکن ہے اس سے مرد عقیم ہو یا نہ ہو۔ ایک اور 75
رکاوٹ قصیب کا صفن کے ساتھ جڑا ہوا ہونا ہے، لیکن اس کی اہمیت اختلاف پذیر
ہے۔ جو سوال کہ تحت مبالیت (hypospadias) میں پیدا ہوتا ہے وہی یہاں بھی ہوتا ہے۔
یعنی یہ کہ کیا بدساختگی اس نوعیت کی ہے کہ فرج میں ادخال منی کے امکان کے قطعاً مانع
ہو۔ مرد میں نامردی اور عقم کی بحث کے سلسلہ میں ایک عجیب بے قاعدگی
(anomaly) پائی جاتی ہے۔ قاعدہ تو یہ ہے کہ مقدم الذکر سے موخرالذکر
لازم آتا ہے اور یہ کہ اس کا عکس نادرست ہے۔ لیکن اگر کوئی شخص حادثہ
یا مرض کے باعث سارے کا سارا قضیب کھو بیٹھے لیکن اس کے خصیے باقی
رہیں تو وہ بداہتہً نامرد ہو گا۔ اس سے بوجوہ متذکرہ صدر یہ لازم نہیں آتا کہ وہ
شخص عقیم بھی ہے ایسے واقعات بھی پیش آئے ہیں جن میں ایک
شخص جو اس طرح مقطوع القضیب ہو چکا تھا، حمل کرنے میں کامیاب ہوا۔

عورتوں کے صنفی نقائص

عورتوں میں بھی عنانت اور عقم عضوی نقص کا نتیجہ ہوتا ہے
یا تفاعلی فساد کا۔

سن زنانہ صنف کا بلوغ اس ملک میں بالعموم ۱۴ اور ۱۵ کے درمیان ہوتا ہے۔ اس عمر میں جسمانی بناوٹ میں تغیر واقع ہوتا ہے۔ یعنی لڑکی زیادہ نسوانی ہو جاتی ہے۔ ایک نشان جس سے بلوغ کا آغاز پہچانا جاتا ہے حیض کا آغاز ہے۔ جو بتاتا ہے کہ عورت زندگی کے اس دور کو پہنچ چکی ہے جب کہ تولید کی

قابلیت موجود ہوتی ہے۔ جس طرح مرد کی قوت رجولیت کے نمو میں ابطاء واسراع ہو سکتا ہے اسی طرح عورت میں بھی حیض جلد یا بدیر ظاہر ہو سکتا ہے۔ غیر طبعی طور پر عاجل حیض کی مثالیں بھی قلمبند کی جاتی ہیں۔ لیکن بچوں کے اعضا تناسلی سے خون کے ہر اخراج کو قبل از وقت حیض کی مثالیں تصور نہ کرنا چاہیے کئی مثالوں میں اخراج دوری نہیں ہوتا۔ اور پستانوں اور بیرونی تناسلی اعضا میں بھی غیر طبعی طور پر عاجل نمو کے کوئی متناظر نشان موجود نہیں ہوتے۔ تاہم استثنائی طور پر بلوغ نہایت ہی ابتدائی عمر میں بھی شروع ہوتا ہے اور اس حالت کے حقیقی ہونے کا ثبوت استقرار حمل سے ہوتا ہے۔ بسبب سے ابتدائی عمر کی کہ جس میں اس ملک کے اندر استقرار حمل قلمبند کیا گیا ہے ڈاڈ[1] (Dodd) نے اطلاع دی ہے کہ ایک لڑکی کو بارہ ماہ کی عمر میں حیض آنا شروع ہوا۔ جب وہ ۸ سال اور ۱۰ ماہ کی تھی تو حاملہ ہو گئی اور اس نے ایک زندہ بچہ جنا جس کا وزن ۷ پونڈ تھا۔ الن[2] (Allen) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے کہ ایک لڑکی کو ۱۱ سال کی عمر میں حیض آنا شروع ہوا اور وہ ۱۳ سال ۲ ماہ کی عمر میں ایک خوبصورت تندرست بچہ جنی جس کا وزن ۹ پونڈ تھا۔ بچہ کا باپ صرف چودہ سال کی عمر کا تھا۔ ایک اور واقعہ کی ڈابسن[3] (Dobsin) نے اطلاع دی ہے کہ ایک لڑکی کو گیارہ سال کی عمر میں حیض آنا شروع ہوا اور جب وہ بارہ سال اور نو ماہ کی ہوئی تو حاملہ ہو گئی اور ½ ۱۳ سال کی عمر میں اس نے ایک بچہ جنا۔ لفیبور[4] (Lefebvre) نے ایک لڑکی کا واقعہ قلمبند کیا ہے جو پیدا ہونے پر کامل طور سے نمو یافتہ تھی اور موئے زہار بھی رکھتی تھی۔ چار سال کی عمر میں اس کو حیض آنے لگا اور ۸ سال کی عمر میں ایک ۳۷ سالہ مرد

---

[1] Lancet, 1881.

[2] Brit. Med. Journ., 1885.

[3] Brit. Med. Journ., 1884.

[4] Gaz. Hebdom., 1878.

سے حاملہ ہو گئی۔ یہ حمل ایک جنین کاذب (mole) کے اخراج پر ختم ہوا۔ جس کے اندر ایک نہایت ہی ناتمیز انسانی مضغہ تھا۔ کرٹس[1] (Curtis) ایک واقعہ قلمبند کرتا ہے اور تحقیق کرنے پر اس نے حالات کی تصدیق کی ہے کہ ایک لڑکی جبکہ اس کو دس سال کی عمر کی ہونے میں صرف ۲۴ دن باقی تھے ایک پندرہ سال کے لڑکے سے حاملہ ہو گئی۔ ۱۰ سال ۸ مہینے اور ۷ دن کی عمر میں اس نے ایک کامل المیعاد تندرست بچہ جنا۔ یہ واقعات اس امر کی مثال پیش کرتے ہیں کہ طبی قانون دان کو لازم ہے کہ بلوغ کی موجودگی یا عدم موجودگی دریافت کرتا ہو تو یہ اس فرد کے حاصل کردہ درجہ نمو سے دریافت کرنا چاہیئے، نہ کہ سن سے۔ پستانوں کی حالت، عانہ پر بالوں کی موجودگی یا فقدان اور بیرونی تناسلی اعضا کا عمومی ڈول، یہ ہیں وہ علامات جنکی بناء پر رائے قائم کرنی چاہیئے۔ 76

پیرانہ سالی۔ بخلاف مردوں کے عورتوں میں چند مستثنیات کے ساتھ تولیدی قابلیت کی مدت محدود ہوتی ہے۔ انقطاع الحیض بالعموم اس امر کی نشانی ہوتی ہے کہ باروری کا دور ختم ہو چکا ہے اوسط عمر جس میں حیض موقوف ہو جاتا ہے تقریباً ۴۷ سال ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ حیض اس سے پہلے ہی منقطع ہو جائے یا ۵۰ سال تک اطالت پذیر ہو جائے۔ اس سے بھی تاخیر پذیر یعنی ۷۰ سال یا زیادہ مدت تک کے حیض کی استثنائی مثالیں درج ہیں لیکن یہ خیال رکھنا ضروری ہے کہ پیرانہ سالی میں مہبل سے جو تزفات واقع ہوتے ہیں، غیر طبعی طور پر عاجل حیض کی طرح، ان سب کو ماہواری تفاعل کی موجودگی کا ثبوت تسلیم نہیں کیا جا سکتا۔ رحمی سعدانہ (polypus) اور رحم کے خبیث امراض سے کم و بیش دوریت کے ساتھ، توقع پذیر ہونے والا نزف پیدا کر سکتے ہیں۔ تاخیر پذیر حیض کا ایک نہایت ہی غیر معمولی واقعہ مارکس[2] (Marx) نے درج کیا ہے۔ ایک ہشت و چہل سالہ عورت جس کو شادی ہوئے ۲۰ سال گزر چکے تھے کبھی حیض نہ آیا تھا۔ اس عمر میں اس کے التہاب مبیض کا معالجہ

Boston Med. and Surg. Journ., 1863.

Przeglad lekarski., 1889.

بذریعہ خون کے دوری مقامی استخراجات کے کیا گیا۔ بعدازاں اس کو ماہواری وقفوں سے حیض آنا شروع ہوا۔ جب اس کی روئداد شایع ہوئی تو اس کی عمر ۵۲ سال تھی اس کو باقاعدگی کے ساتھ حیض آتا رہا۔

عورتیں ۴۵ سال عمر کے بعد شاذ و نادر ہی بچے جنتی ہیں۔ لیکن گاہے گاہے اس قاعدے کی مستثنیات بھی ملتی ہیں اور نیز اس قاعدے کی بھی کہ تولیدی قوتیں انقطاع حیض کے بعد معدوم ہو جاتی ہیں۔ ڈیوس[1] (Davis) ایک عورت کا واقعہ بیان کرتا ہے جس نے ۵۵ سال کی عمر میں بچہ جنا۔ عورت کا اصطباغی صداقت نامہ دیکھا گیا اور اس نے اپنی عمر جو بیان کی تھی اس کی توثیق کر لی گئی۔ مانڈرہل[2] (Under-hill) نے ایک ایسی عورت کو ۴۹ سال کی عمر میں بچہ جنوایا جس کو دو سال سے حیض نہ آیا تھا۔ لوازیر[3] (Lavasseur) ایک پنجاہ سالہ عورت کا واقعہ درج کرتا ہے جس کا حیض دو سال سے بند ہو چکا تھا۔ اس نے ایک کامل المیعاد زندہ بچہ جنا۔ ڈی پاس[4] (Depasse) ایک عورت کا واقعہ بیان کرتا ہے جس کا حیض گذشتہ ۹ سال سے بند ہو چکا تھا اور جس کی ایک چہل سالہ شادی شدہ بیٹی بھی موجود تھی۔ ۵۹ سال کی عمر میں اس نے ایک تندرست بچہ جنا۔ پھر اس کو دودھ پلاتی رہی اور اپنی ساٹھویں سالگرہ پر اس کا دودھ چھڑایا۔

مردوں میں عنانت کی جو شکل نفسی اسباب کا نتیجہ ہوتی ہے، عورتوں میں بھی ایک اس کی متمم کیفیت پائی جاتی ہے۔ مردوں میں تو یہ ایک منفی کیفیت ہوتی ہے یعنی محض انفعالیت کی۔ لیکن عورتوں میں یہ رکاوٹ زیادہ فعال نوعیت کی ہوتی ہے اور ایک نہایت جذباتی قسم کے ہسٹیریا کا نتیجہ ہوتی ہے جس کے ساتھ الم المہبل (vaginismus) پایا جاتا ہے۔ اس کیفیت میں عورت صنفی فعل کے

---

[1] Lond. Med. Gaz., 1847.

[2] American Journ., of Obstet., 1879.

[3] Gaz. Hebdomadaire, 1873.

[4] Gaz. de Gynecol., 1891.

ناقابل ہو جاتی ہے۔ ذرا سا نزدیک جانے سے اس کو دہشت کا دورہ پیدا ہو جاتا ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر وہ ایسی مزاحمت کرتی ہے کہ تمام مساعی بیکار ہو جاتی ہیں۔ مجامعت انجام دینے کے غرض سے معدمات جس کا استعمال کیا گیا ہے اور بعض اوقات اس میں مستقل کامیابی ہوئی ہے۔ دیگر مثالوں میں مہبلی فم کی خراش پذیری اتنی شدید ہوتی ہے کہ ذرا سے مس سے عاصرۃ المہبل میں ایسا قوی انقباض پیدا ہو جاتا ہے کہ ایک انگلی تک داخل نہیں ہو سکتی ایسی مثالوں میں ہو سکتا ہے کہ یہ کیفیت بجائے عمومی اور نفسی ہونے کے زیادہ مقامی اور طبیعی ہو اور اس لئے جراحتی علاج سے اس کا دفیعہ ممکن ہو۔

چونکہ عورت کے بالکل منفعل رہتے ہوئے مجامعت انجام دینا ممکن ہے اس سے لازم آتا ہے کہ عمومی مرض یعنی شلل وغیرہا جیسا کہ مردوں میں ضعف پیدا کرتا ہے عورت میں نہیں کرتا ہے۔ انتہائی جسمانی بدساختگی ضرور نہیں کہ مجامعت میں رکاوٹ ہو۔ کیونکہ ایسی عورتوں نے بھی بچے جنے ہیں جن کی ٹانگیں اس وضعات پر جامد (ankylosed) ہوتی ہیں کہ کسی طرح نزدیک آنے نہیں دیتیں۔

مقامی غیر طبعی حالتیں (abnormalities) جن کا سابق میں ذکر ہو چکا ہے ممکن ہے مجامعت میں مانع آئیں یا نہ آئیں۔ بیرونی اعضاء تناسلی کا فقدان، مہبل کا حد سے زیادہ تنگ ہونا یا مہبل کا فقدان، ایک نہایت ہی مضبوط پردہ بکارت موجود ہونا جس کا روزن چھوٹا ہو یا جو غیر مثقوب ہو، شفرتین کا انضمام، رسولیاں جو مہبل کو بھر رہی ہوں، بڑے بڑے متقید فتق اور دیگر متشابہ کیفیات، یہ سب اپنے درجہ اور نوعیت کے لحاظ سے مجامعت میں مزاحم یا مانع ہوتے ہیں۔ رحم اور مبیض کا فقدان اگر بیرونی اعضا مکمل ہوں مجامعت کو نہیں روکتا اگرچہ یہ بداہۃً استقرار حمل کو روکیگا۔ عقم کا ایک عام سبب نام نہاد "رحم کی مزمن نازلت" ہے۔ اس کیفیت میں رحم کا غشاء مخاطی اسفنجی ہوتا ہے اور صاف مخاط کی ایک غیر طبعی مقدار کا افراز کرتا ہے جو ممکن ہے کہ خون آلود ہو۔ بعض مہبلی اخراج اپنے تیز ترشئی تعامل کے باعث حمل مشکل کر دیتے ہیں۔ ترشئی تعامل والے سیالات میں اور نیز نہایت قلوی تعامل والے سیالات میں حیوانات منی سرعت سے ہلاک ہو جاتے ہیں۔

باب ۱۲

زنا بالجبر اور خلاف وضع فطری جرائم

زنا بالجبر کی تعریف یوں کی جاسکتی ہے کسی فرد کا صنف متقابل کے فرد کے ساتھ بغیر اس کی رضامندی کے مباشرت کرنا (صنفی واقفیت=carnal knowledge)- لیکن اس سے عملی طور پر مراد یہ کی جاتی ہے "کسی مرد کا کسی بالغ سن کی عورت کے ساتھ اس کی رضامندی کے بغیر مباشرت کرنا یا ایک خاص عمر سے کم عمر کی لڑکی کے ساتھ مباشرت کرنا خواہ اس کی رضامندی سے ہو یا بلا اس کی رضامندی کے ہو- فی الوقت قانون کی شکل یہ ہے کہ

اگر کوئی شخص تیرہ سال سے کم عمر کی لڑکی کے ساتھ خلاف قانون مباشرت کرتا ہے تو وہ جرم شدید (felony) کا قصور وار ہے ۔ اور اگر کوئی شخص تیرہ سال سے کم عمر کی لڑکی کے ساتھ خلاف قانون مباشرت کا اقدام کرتا ہے تو وہ جرم صغیر (misdemeanour) کا قصور وار ہے۔ اگر کوئی شخص تیرہ سال یا اس سے اوپر اور ۱۶ سال سے کم عمر کی لڑکی کے ساتھ خلاف قانون مباشرت کرتا ہے۔ یا خلاف قانون مباشرت کرنے کا اقدام کرتا ہے، یا کسی ابلہ (idiot) عورت یا کسی بے عقل عورت یا لڑکی کے ساتھ ایسے حالات کے ماتحت خلاف قانون مباشرت کرتا ہے یا کرنے کا اقدام کرتا ہے جو زنا بالجبر کے درجہ تک تو نہیں پہنچتے لیکن جو یہ ثابت کرتے ہیں کہ ارتکاب جرم کے وقت مجرم یہ جانتا تھا کہ یہ عورت یا لڑکی ابلہ (idiot) یا بے عقل ہے، تو وہ شخص جرم صغیرہ کا قصوروار ہے۔ شرط یہ ہے کہ اس دفعہ کی پہلی ذیلی دفعہ کے ماتحت جو الزام ہو (یعنی ۱۳ سال سے اوپر اور ۱۶ سال سے کم کی

لڑکی کے متعلق) اس کے لئے اگر عدالت یا جیوری پر جس کے روبرو الزام عائد کیا گیا ہے ثابت ہو جائے کہ ملزم شخص لڑکی کو ۱۶ سال یا زیادہ کی باور کرنے کے لئے معقول وجہ رکھتا تھا۔ تو یہ عذر کافی قرار دیا جائے۔ ایک اور شرط بھی ہے کہ اس دفعہ کی پہلی ذیلی دفعہ کے ماتحت جو جرم ہو (یعنی ۱۳ سال سے اوپر اور ۱۶ سال سے کم کی لڑکی کے متعلق) اگر ارتکاب جرم کو تین ماہ سے زیادہ کا عرصہ گزر جائے تو اس جرم کے لئے کوئی کارروائی استغاثہ شروع نہ کی جائے۔ ترمیم قانون فوجداری کا ایکٹ ۱۸۸۵ھ (۴۸ - ۴۹ وکٹوریہ، چارٹر ۶۹)۔

یہ امر قابل توجہ ہے کہ عمر کے سوال کا (جو کہ بطور جملہ معترضہ مذکور ہوا ہے) ابلہوں یا بے عقلوں کے متعلق نہیں پیدا ہوتا ہے۔ نیز ۱۳ سال اور ۱۶ سال کے مابین زنا بالجبر کا استغاثہ منسوب کردہ جرم کے ارتکاب سے تین ماہ کے اندر اندر ہونا چاہیے، یہ امر مذکور نہیں لیکن اغلب ہے کہ تحدید وقتی کا اطلاق تیرہ سال سے اوپر ہر عمر پر منصور ہے۔

قانون کے مندرجۂ بالا اقتباس کو پوری طرح سمجھنے کے لئے لازمی ہے کہ مباشرت کی تعریف کی جائے۔ مباشرت سے قانون کی مراد یہ ہے قضیب کو محض فرج میں رکھ دینے (خواہ انزال ہو یا نہ ہو) کے فعل سے لیکر مکمل دخول اور انزال تک کسی درجہ کی مجامعت۔ اگر یہ فعل کسی بالغ عورت کے ساتھ اس کی بلا رضامندی اور اس کے خلاف ارادہ یا کسی بچی کے ساتھ کسی حالت میں بھی کیا جائے تو زنا بالجبر کہلاتا ہے۔ پہلے پہل میں دخول اور انزال دونوں کی شرط ہوتی تھی بعد میں (۲۴ - ۲۵ - وکٹوریہ چارٹر ۱۰۰) محض دخول ہی (خواہ اس کے ساتھ انزال ہو یا نہ ہو) اس امر کے لئے کافی سمجھا گیا کہ اسے جرم قرار دیا جائے۔ عدالتوں نے یہ بھی فیصلہ دے دیا ہے کہ اگر قضیب فرج کے اندر داخل ہو جائے اور پردہ بکارت (hymen) کو کوئی تضرر نہ پہنچے تو یہ بھی مذکورہ بالا شرائط کے تحت زنا بالجبر قرار دیا جائے گا۔ عمر اور ارادہ کے مابین کیا تعلق ہے یہ امر قابل توجہ ہے۔ اگر ۱۶ سال کی یا اس سے اوپر کی لڑکی اس فعل پر رضامند ہو تو زنا بالجبر کا ارتکاب نہیں ہوتا۔ ۱۳ سال اور اس سے اوپر کی اور ۱۶ سال سے

78

کم کی لڑکی خواہ رضامند ہو یا نہ ہو مرد کا فعل ہر حال میں مجرمانہ ہے اور وہ جرم صغیرہ کی پاداش میں بلا مشقت یا با مشقت قید کا مستوجب ہے جس کی میعاد دو سال سے زائد نہیں تیرہ سال سے کم عمر کی لڑکی چاہے رضامند ہو یا نہ ہو۔ جبر کرنے والا اگر اپنے مقصد میں کامیاب ہو جائے تو وہ جرم کبیرہ کا قصور وار ہے۔ اور اگر اس نے محض اقدام کیا ہو تو جرم صغیرہ کا۔ مقدم الذکر حالت میں جو سزا مقرر ہے، عدالت کی مرضی کے لحاظ سے اس کی حد دو سال تک کی قید سے لیکر حبس دوام بعبور دریائے شور تک ہو سکتی ہے، لیکن موخر الذکر حالت میں دو سال سے زیادہ قید نہیں ہو سکتی۔ لہذا ۱۶ سال سے کم عمر میں اگر لڑکی کی رضامندی ہو اور حتیٰ کہ اس کی طرف سے ترغیب ہی کیوں نہ ہو تو بھی فعل کی مجرمانہ نوعیت زائل نہیں ہوتی، اور اس بیان کا اطلاق ابلہ اور بے عقل عورتوں پر بھی ہوتا ہے۔ ان کا رضامند ہونا ملزم کی برات نہیں کرتا، یعنی ملزم جرم صغیرہ کا قصور وار ہو جاتا ہے۔ قانون کی یہ شرائط فاحشہ عورتوں پر بھی عائد ہوتی ہیں اور پاکباز عورتوں پر بھی۔ اگر کوئی شخص کسی فاحشہ عورت کے ساتھ اس کی بلا رضامندی زبردستی مجامعت کرے تو وہ بھی زنا بالجبر کا قصور وار ہوتا ہے اور اس لئے مستوجب سزا ہوتا ہے۔

اگر کوئی شخص کسی شادی شدہ عورت کو یہ فریب دیکر کہ وہ اس کا خاوند ہے اس کے ساتھ اس کی آزادانہ رضامندی سے مجامعت کرے تو وہ زنا بالجبر کا قصور وار ہو جاتا ہے۔ زمانہ ماضی میں یہ سوال ہر مقدمہ میں عدالت کے انصاف پر چھوڑ دیا جاتا تھا جس کا نتیجہ یہ ہوا کہ بعض ججوں نے اس فعل کو زنا بالجبر قرار دیا اور بعض نے یہ رائے دی کہ اگرچہ رضامندی فریب سے حاصل کی گئی ہے تاہم اس سے فعل کی مجرمانہ نوعیت زائل ہو گئی ہے۔ اس عدم یکسانیت کو مٹانے کی خاطر قانون نے صاف طور پر وہ فیصلہ دے دیا ہے جو کہ اوپر درج ہے۔

وقتاً فوقتاً ایسی وارداتیں بھی وقوع پذیر ہوتی ہیں جن سے یہ سوال پیدا ہوتا ہے کہ آیا بحالت خواب کسی عورت کے ساتھ اس کو علم ہوئے بغیر زنا بالجبر کا ارتکاب ممکن ہے۔ اگر قانون کی موجودہ تاویل کا لحاظ کیا جائے

تو اس کا جواب اثبات میں دینا پڑتا ہے ۔ صرف قضیب کو فرج کے اندر رکھ دینے سے ضرور نہیں کہ پیدا شدہ درد ایک گہری نیند سونے والی عورت کو جگا دینے کے لئے کافی ہو ۔ لیکن جرم کی جو تعریف اوپر دی گئی ہے ۔ اس کی رو سے یہ فعل زنا بالجبر کہلائیگا ۔ یہ سوال زمانہ سابق میں اسلئے اٹھایا جاتا تھا کہ اس وقت زنا بالجبر ثابت کرنے کے لئے دخول کا ہونا شرط تھا اور زمانہ موجودہ میں بھی عام طور پر ایسے مقدمات کے سلسلہ میں پیدا ہوتا ہے ، جن میں دخول ہونا بیان کیا جاتا ہے ۔ جب صورت حالات یہ ہو تو مشروط طور پر جواب دینے کی ضرورت ہے ۔ ایسی عورت کی جو صنفی مجامعت کی عادی ہے سوتے میں پورے دخول کے ساتھ عصمت دری کرنا ایک بالکل ممکن امر ہے ۔ ایسی کئی مثالیں پیش آئی ہیں کہ جن میں ایسا ہی ہوا ہے ۔ اور اسی قسم کی ایک مثال کی اطلاع ایڈنبرگ جرنل آف میڈیسن (Edinburg Medical Journal 1862) میں دی گئی ہے ۔ گائی[ا] (Guy) ایک عورت کی مثال بیان کرتا ہے جو اس قدر گہری نیند سوتی تھی کہ اس کے خاوند نے سوتے میں کئی بار اس سے مجامعت کی تھی ۔ ہاں اگر جبر کرنے کے وقت تک مظلومہ کا باکرہ ہونا بیان کیا جائے تو یہ صورت اور ہو جاتی ہے ۔ یہ وثوق سے کہا جا سکتا ہے کہ ایک اوسط صنفی نمو کا بالغ آدمی کسی ایسی عورت میں جو باکرہ ہو اس کی قدرتی نیند میں اور اس کو علم ہوئے بغیر، پورے طور پر دخول نہیں کر سکتا ۔ لہٰذا جن مقدمات میں یہ بیان کیا جائے کہ ایسا ہوا ہے ، ان کو بربنائے مذکور مطلق بے اعتمادی نہ سہی تاہم سخت شک کی نگاہ سے دیکھنا چاہیے ۔

نیند کی غیر طبعی حالتوں یا ذہول میں مثلاً بعد الصرع تو مامیں یہ غیر ممکن امر نہیں ہے ۔ کہ کسی باکرہ کی عصمت دری ہو جائے اور اُس کو اس وقت اس جبر کی خبر تک نہ ہو ۔ لیکن یہ توقع کی جا سکتی ہے ۔ کہ دوبارہ ہوش میں آنے پر اندام نہانی 79
میں اُسے درد محسوس ہوگا ، اور اغلباً وہ یہ پائے گی کہ اس کا زیر جامہ خون سے آلودہ ہے ۔ کیسپر لیمن (Casperliman) کے رسالہ میں ایک لڑکی کا واقعہ بیان کیا گیا ہے

ا Forensic medicine, 1888.

جس کو صرع کے دورے ہوا کرتے تھے۔ اور ان کے بعد وہ چند گھنٹہ تک ہمیشہ بے ہوش رہا کرتا تھی۔ ایک آدمی نے جو اس حقیقت سے آگاہ تھا ایک موقعہ پر اس سے فائدہ اٹھایا اور اس کو علم ہوئے بغیر اس کے ساتھ مجامعت کر لی۔ ان حالات میں جبر کے وقوع کا امکان غالب قرار دینا بہت حد تک اس امر کے متعلق ہے کہ مبینہ مظلومہ کو صرع اور اس کے بعد ذہول ہوا کرتا تھا، معتبر شہادت حاصل ہونے پر موقوف ہے۔

ہسٹیریا (hysteria) اور جمود (catalepsy) بے ہوشی کے یا اس حالت کے کہ جس میں عورت ملزم شخص کی خواہش کے تابع ہو جاتی ہے اسباب ہو سکتے ہیں لیکن اس بیان کو تسلیم کرنے میں احتیاط سے کام لینا چاہیے۔ یہ امر ماننا پڑتا ہے کہ کسی لڑکی یا عورت کو جو ایک خاص عصبانی مزاج رکھتی ہو، کچھ دیر کے لئے نام نہاد عمل تنویم کے ذریعہ اپنے ارادے سے محروم کیا جا سکتا ہے۔ اور اس وقت جب کہ وہ اس حالت میں ہو اس کی عصمت دری کرنا ممکن ہے، بغیر اس کے کہ وہ کوئی موثر مزاحمت یا کسی طرح کی مزاحمت بھی پیش کرے۔ لیکن اس طرح کے تمام بیانات نہایت مشکوک ہوتے ہیں اور ان کو ہرگز سچا نہیں سمجھنا چاہیے بلکہ یہ سمجھنا چاہیئے کہ یہ عدم مزاحمت کے بظاہر معقول لیکن حقیقت میں جھوٹے عذرات ہیں، تاوقتیکہ ایسا سمجھنے کے خلاف یقینی شہادت موجود نہ ہو۔ اگر ایسے واقعے کے متعلق رائے دینا ہو تو تنویمی نیند یا ایماء (suggestion) سے ذہنی اور جسمانی تابعیت پیدا ہونے کے امکان کو ایک مفروضہ کی حیثیت سے ماننا پڑتا ہے۔ لیکن اس قسم کی کسی کیفیت کو، ارتکاب فعل کے وقت مزاحمت یا چیخ پکار کے نہ ہونے کی توجیہہ تسلیم کرنے میں نہایت احتیاط کی ضرورت ہے۔

بلاشک انتہائی دہشت کسی لڑکی یا عورت کو ایک لمحہ کے لئے عصمت درندہ شخص کے خلاف موثر مزاحمت پیش کرنے کی قوت سے محروم کر سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ حملہ آور کے حد سے زیادہ بڑھے ہوئے جابرانہ طرز عمل سے قوت ارادہ اور قوت جسمانی عارضی طور پر اس قدر معطل ہو جائیں کہ وہ بغیر کسی مزاحمت کے اپنا مقصد پورا کر لے یہ ضروری نہیں کہ تشدد عموماً جس کی دھمکی دی جاتی ہے

اسی کے ساتھ برتا جائے جس کی عصمت دری منظور ہے۔ ایک واقعہ مشکا[1] (Maschka) نے درج کیا ہے کہ عصمت دری کرنے والے شخص نے جس عورت کی وہ عصمت دری کرنا چاہتا تھا اس کے بچہ کو پکڑ لیا اور یہ دھمکی دی کہ اگر اس عورت نے اس کی خواہشات پوری نہ کیں تو وہ اس بچے کو پٹک کر بھیجہ الگ کر دے گا۔ جذبات مادری کے ابھارنے سے اس عورت پر جو دہشت طاری ہوئی، اس کی وجہ سے وہ مان گئی۔ اس مثال میں اگرچہ کچھ جسمانی تشدد سے کام نہیں لیا گیا لیکن اخلاقی استبداد نے اس عورت کو موثر طور پر قابو میں کر دیا۔ قانون، اخلاقی اور جسمانی استبداد میں کوئی فرق نہیں کرتا خواہ مظلومہ کی رضامندی کے خلاف دھمکی سے یا سر پر چوٹ مار کر اس کو مجہول الحرکت کرنے کے بعد مجامعت انجام دی جائے۔ یہ دونوں صورتیں یکساں طور پر جرم ہیں۔ لیکن اس امر کی پوری طور پر وضاحت ہونے کی ضرورت ہے کہ بیان کردہ دہشت سے پیدا شدہ ذہنی اور جسمانی تعطل اس عورت نے حقیقت میں محسوس کیا تھا اور محض مزاحمت نہ پیش کرنے کے لئے اس کی بہانہ سازی نہ تھی۔ اگر کوئی عورت ناجائز مجامعت کے دوران میں صرف اسی وقت چلانا اور کشمکش کرنا شروع کرے جب کہ اسے کسی تیسرے آدمی کی آمد کی خبر ہو اور اس سے پہلے ایسا نہ کرنے کی یہ وجہ بیان کرے کہ دہشت نے اس کو مشلول کر دیا تھا تو غالب امکان یہ ہے کہ وہ ایک رضامند فریق تھی، اور اس کی چیخ و پکار کا محرک اپنی ناموس کو بچانے کی خواہش تھی، اس وقت جب کہ افشاء ناگزیر دکھائی دیا۔ ایموز[2] (Amos) نے ایک مضحکہ خیز واقعہ بیان کیا ہے، جس میں کسی مرد پر ایک لڑکی کی عصمت دری کرنے کا الزام لگایا گیا۔ لڑکی نے اپنے نہ چیخنے اور چلانے کا یہ عذر بیان کیا کہ اسے یہ ڈر تھا کہ اسکی ماں جو کہ پاس کے کمرے میں سو رہی تھی، کہیں بیدار نہ ہو جائے۔

---

[1] Handbuch, Bd. 3.

[2] London. Med. Gaz., 1831

مخدرات یا معدمات حس، اس مقصد کے لئے کہ ایک عورت کو بے ہوش کیا جائے، اور اس کو عصمت دری کے خواہاں شخص کے بس میں لایا جائے بکثرت استعمال کئے جاتے ہیں اور غالباً ان کا استعمال کیا جانا اس سے بھی زیادہ کثرت کے ساتھ بیان کیا جاتا ہے۔ عام طور پر جن اشیا سے اس غرض کے لئے کار برآری کی جاتی ہے وہ یہ ہیں۔ الکحالی مشروبات، کلوروفارم (chloroform) افیون
80 اور اس کے مرکبات۔ اگر کوئی عورت نشے میں چور ہو۔ اور اگر اس کو اتنا ادراک رہ جائے کہ یہ جان سکے کہ کیا ہو رہا ہے۔ تو بھی وہ موثر مزاحمت کے قطعاً ناقابل ہوتی ہے۔ جب اس قسم کی واردات کے متعلق رائے قائم کی جاتی ہے تو اس امر کا فیصلہ کرنا مشکل ہوتا ہے کہ آیا یہ عورت اسی قدر اس نشے کے زیر اثر تھی کہ جس قدر وہ اعتراف کرتی ہے کہ تھی۔ اگر کوئی عورت بالارادہ الکحالی مشروب پی لے یہاں تک کہ جذبہ شہوت اس کے شعور تمیزی پر غالب آجائے اور وہ اپنے آپ کو اپنے یار کی آغوش کے سپرد کر دے۔ تو ممکن ہے کہ جب وہ اپنی اصلی دماغی حالت پر عود کرے تو وہ اپنی ذات پر اس حد تک پشیمان ہو۔ کہ اس فعل کا سارا قصور مرد کے سر تھوپنے کی کوشش کرے اور اس طرح کم از کم دنیا کی نظروں میں یہ ثابت کرنے کی کوشش کرے کہ وہ ہر قسم کے قصور سے بری ہے۔ ایسی صورت میں غور طلب امور یہ ہیں۔ اس عورت کا گذشتہ چال چلن، اس کی عمر (نوجوان عورت کے یہ روش اختیار کرنے کا بہ نسبت متوسط عمر کی عورت کے زیادہ امکان ہے) نشے کی نوعیت اور مقدار، اور نیز کوئی اتفاقی شہادت مثلاً مستغیثہ کا اس واردات کو اس تفصیل اور وضاحت سے بیان کرنا کہ یہ ترقی پذیر بے ہوشی کی حالت سے مطابقت نہ کرے۔ اور وہ مدت جو مرد و عورت نے باہم گزاری ہے (بشرطیکہ یہ دریافت ہو سکے) ممکن ہے کہ یہ مدت اتنی تھوڑی ہو کہ کھائی ہوئی قسم کے نشے کا اتنی مدت میں گہری بے ہوشی پیدا کرنا آخرالذکر وجہ کی بنا پر مشکوک نظر آئے۔

کسی عورت کو مزاحمت کے ناقابل بنانے کی غرض سے کلوروفارم کا بخار دینا۔ اس کے متعلق یہ یاد رکھنا چاہئے۔ کہ اغلباً صرف دو ہی طریقے ہیں جن سے ایسا کیا جا سکتا ہے۔ پہلا طریقہ یہ ہے کہ کوئی عورت کسی صحیح مقصد کے لئے

مثلاً اخراجِ دندان کے لئے ارادتاً بخار کی دم کشی کرے (اس غرض کے لئے بخار میں وہ تمام معدمات حس شامل ہیں جو اس طرح سے دیے جا سکتے ہیں) اور پھر اس وقت جبکہ عورت اس معدم حس کے زیر اثر ہو، معدم حس دینے والا اس کی عصمت دری کر دے۔ دوسرا طریقہ یہ ہے کہ یہ بخار کسی عورت کو ایسی حالت میں دیا جائے کہ وہ سوئی ہوئی ہو۔ پہلی قسم کی ایک واردات کا حوالہ سٹل اور وہارٹن[1] (Stille and Wharton) نے نہایت تفصیل کے ساتھ دیا ہے۔ ایک نوجوان خاتون ایک ماہرِ دندان کے پاس دانت بھروانے گئی۔ چونکہ عملیہ تکلیف دہ تھا، اس لئے ایتھر (ether) دی گئی۔ مستغیثہ کا بیان یہ تھا کہ جب وہ ایتھر کے زیر اثر تھی تو اس کی آبرو ریزی کی گئی۔ اس واردات میں عجیب و غریب بات یہ ہے، کہ مستغیثہ نے یہ بیان دیا کہ اگرچہ میں مزاحمت کرنے کی ناقابل تھی، تاہم جو کچھ ہوا اس کی دقیق ترین تفصیل کا مجھ کو ہوش تھا اور نیز جرم کا ارتکاب ہو چکنے کے بعد جب میں نے آنکھیں کھولیں، اس وقت ماہرِ دندان کچھ لمحہ کے لئے کمرے کے کسی دیگر حصہ میں چلا گیا تھا، اور میں دیکھ سکتی تھی کہ میرے کپڑے پریشان حالت میں ہیں۔ نوجوان خاتون نے نہایت عقلمندی سے دندان ساز کے واپس آنے سے پہلے ہی آنکھیں بند کر لیں اور اس کو موقعہ دیا کہ وہ اس کے کپڑوں کو ٹھیک ٹھاک کر دے۔ اس کے چند منٹ بعد اس کو اتنا ہوش آگیا کہ جب اس کو بتایا گیا کہ تکلیف وہ دانت اس حد تک گلا ہوا ہے کہ اس کا بھرنا ناممکن ہے تو وہ اس کے اخراج کی مصلحت پر بحث کرنے لگی۔ اب اولہ ایتھر (ether) دی گئی، اور اخراج کر دیا گیا۔ جب معدم حس کے اثرات زائل ہو چکے تو وہ دندان ساز کو کچھ ملامت کئے بغیر مکان سے رخصت ہو گئی اور اس واقعے کا ذکر اس وقت کیا جب چند گھنٹے گزر گئے۔ اس قصہ کا انجام یہ ہوا، کہ اس دندان ساز کو ½ ۳ سال کی قید کی سزا ہوئی لیکن بعدہٗ جب حکام کے روبرو یہ عرضداشت پیش کی گئی۔ کہ یہ بالکل ممکن ہے کہ سارے کا سارا معاملہ محض وہم ہی ہو تو اس پر وہ رہا ہو گیا۔ اگر اس خاتون کا تفصیلی بیان دیکھا جائے یہ فیصلہ کرنا دشوار ہو گا کہ ایک طرف اس کی حاضر دماغی، اور دوسری طرف عدالت کا ایسی

[1] Medical Jurisprudence, 1860

ٹھیک ٹھیک سزا مقرر کرنا ان دونوں میں سے نسبتہً کون سی چیز زیادہ حد تک قابل تحسین ہے۔ اس واقعہ کو بیان کرنے کا مقصد اُس اصول پر زور دینا ہے جس کی کئی بار تاکید کی جا چکی ہے یعنی طبیب یا دندان ساز کو چاہیئے کہ وہ کسی تیسرے شخص کی موجودگی کے بغیر کبھی کسی زنانہ مریض کو معدم حس نہ دے۔ اور یہ اصول ان اصولوں میں سے ہونا چاہیئے جن کی مستثنیات نہیں ہیں۔ یہ امر خوب معلوم ہے کہ نیم درجہ کی بے ہوشی جو معدم حس سے پیدا شدہ ہو، بسا اوقات اختباطات (delusions) کا موجب ہوتی ہے۔ اور عورتوں میں
ایسے اختباطات گاہے شہوانی نوعیت کے ہوتے ہیں۔ یہ موضوعی تاثر اس قدر شوخ 81
ہوتا ہے کہ جس عورت پر یہ تاثر پیدا ہو اُس کو اس کی خارجیت پر پورا یقین ہوتا ہے۔

سوئے ہوئے اشخاص کو جراحتی عملیات کے لئے تیار کرنے کی غرض سے کلوروفارم دینے کا تجربہ کئی موقعوں پر کیا گیا ہے بعض مثالوں میں فرد قدرتی نیند سے بیدار ہوئے بغیر کلوروفارمی تخدیر کی حالت میں منتقل ہو جاتا ہے۔ اور بعض میں باوجودیکہ بخار آہستہ آہستہ دیا جاتا ہے مزمار میں اس قدر خراش پیدا ہو جاتی ہے کہ تجربہ کا موضوع جاگ اٹھتا ہے۔ ڈالبو[له] (Dolbeau) نے چند تجربات درج کئے ہیں۔ جو اس نے ایک ایسی واردات کے متعلق کئے جس میں اس امر کا دعوی کیا گیا تھا کہ ایک لڑکی کو سوتے میں کلوروفارم دیکر اس کی عصمت دری کی گئی ہے۔ سوے ہوئے اشخاص کو کلوروفارم کے زیر اثر لانے کی انتیس کوششوں میں سے وہ صرف دس میں کامیاب ہوا اور انیس میں ناکام رہا۔

اس میں کوئی شک نہیں کہ جب عورت ایک دفعہ معدم حس کے زیر اثر ہو جائے تو اس وقت جو بھی اس کی بے بسی کی حالت سے فائدہ اٹھانا پسند کرے وہ اس کے رحم پر ہوتی ہے۔ عورت کو بے ہوش کرنے کے یہ

له Annales d'Hygiene, 1874.

دو طریقے یعنی ارادتاً دم کشی کرنا یا اس پر سوتے میں قابو حاصل کر لینا، غالباً ان تمام واقعات پر مشتمل ہیں جن میں معدمات حس کو بخار یا گیس کی شکل میں دیکر عصمت دری کی گئی ہے۔ جن واقعات میں یہ بیان کیا جاتا ہے کہ کلوروفارمی خدر کسی بودار شئے میں بسے ہوئے جیبی رومال کو منہ کے سامنے لہرانے سے پیدا کیا گیا اور یہ کہ اس کارروائی کے بعد یکایک بے ہوشی طاری ہوگئی وہ قدرتی طور پر جھوٹے ہوتے ہیں۔ یہ ایک عام تجربے کی بات ہے کہ جراحتی عملیے میں اعدام حس کے ابتدائی درجوں میں معدم حس دینے والے کو اکثر اوقات ایک مددگار کی ضرورت پڑتی ہے تاکہ وہ اس مریضہ کی جس نے اپنے آپ کو برضا و رغبت پیش کیا تھا، کشمکش کو قابو میں رکھے۔ اگر عورت کمزور نہ ہو تو اس کو اس کی خلاف مرضی کلوروفارم دینا اور وہ بھی تنہا دینا کوئی آسان کام نہیں ہے۔ غالباً اس میں اتنی ہی بڑی مشکل کا سامنا ہوگا کہ جتنی بغیر معدم حس کے زنا بالجبر کا ارتکاب کرنے میں پیش آتی ہے۔ اگر طبیب کو مستغیثہ کا معائنہ کرنے کے لئے طلب کیا جائے تو اس صورت میں اسکو چہرے گردن کندھوں اور کلائیوں کو انگلیوں کے نشانات اور کونتگیوں کے لئے احتیاط سے معائنہ کرنا چاہیئے کیونکہ ایک سچے واقعہ میں یہ بہت ممکن ہے کہ مظلومہ نے معدم حس سے بچنے کی جو کوشش کی ہو، اس پر غالب آنے میں۔ پیدا ہو گئے ہوں۔

عصمت دری کو آسان کرنے کے لئے دیگر معدمات حس کا استعمال کرنا عام نہیں ہے۔ لیکن الکحالی مشروبات میں افیون یا مارفیا ملانے کے واقعات درج ہیں۔ مندرجہ ذیل واقعہ جس میں کلورل ہائیڈریٹ (ohloral hydrate) دیے جانے کا ادعا کیا گیا تھا، سماعت کے دو سال بعد مصنف کے علم میں آیا۔

ایک شادی شدہ آدمی اپنی بیوی کی عدم موجودگی کے باعث جو ماہواری نزس تھی، ایک رات گھر میں ایک چودہ سال کی خادمہ لڑکی کے ساتھ تنہا رہ گیا پھر جو کچھ واقعہ پیش آیا اس کے متعلق لڑکی کے بیانات یہ تھے شام کے قریب اس کو دانت کے درد کی

شکایت ہوئی اور اس کے آقا نے ایک بوتل سے کچھ شے نکال کر تھوڑی سی روئی پر ٹپکائی اور اس روئی کو دانت پر رکھدیا۔ پھر وہ بستر پر لیٹ گئی اور فوراً ہی گہری نیند سو گئی۔ وہ پو پھٹنے کے وقت اٹھی تو اس وقت اپنے آقا کو اپنے ساتھ بستر پر پایا لیکن وہ فوراً ہی اٹھکر اس کمرے سے چلا گیا۔ لڑکی کو معلوم ہوا کہ اس کے اندام نہانی سے خون بہ رہا ہے اور اس میں درد محسوس ہوتا ہے۔ وہ دوبارہ سو گئی۔ اور پھر معمولی وقت پر صبح کو جاگی اور اٹھکر کپڑے دھونے کی سخت محنت کرتے ہوئے دن گزارا۔ اگرچہ اسکی مالکہ صبح کو واپس آگئی تاہم شام تک اس نے کوئی شکایت نہیں کی اور اس وقت اس نے اپنی بہن کو متذکرہ صدر قصہ سنایا۔ بیان کردہ جبر کے ارتکاب کے پانچ دن بعد تک کوئی طبی معائنہ نہیں کیا گیا۔ لڑکی کا معائنہ کرنے والے طبیب نے مجسٹریٹ کے روبرو جو بیان دیا مندرجہ ذیل اسکی حرف بحرف نقل ہے۔

" دخول واقعی ہو چکا تھا۔ اور شفرتین صغیر تباہ ہو چکے تھے۔ اندام نہانی کسی قدر التہاب زدہ تھا۔ میرے ہاتھ لگانے سے لڑکی جھجکتی تھی۔ جبر ضرور ہوا ہوگا۔ کلورل (chloral) کا ذائقہ پیپرمنٹ کی طرح کا ہوتا ہے۔ اور اس سے ایسی گہری نیند پیدا ہو جاتی ہے کہ کوئی آدمی بھی اس قسم کے فعل کا ارتکاب کر سکتا ہے۔ بغیر اس کے کہ لڑکی
82 کو خبر ہو۔ ملزم کی بدقسمتی سے کوئی طبی شہادت موجود نہ تھی جس سے اس بیان کی تردید ہو۔ سماعت مقدمہ مانچسٹر اسائیز (Manchester Assizes) کے روبرو ایک ایسے زمانہ میں ہوئی جب کہ کمسن بچوں پر مجرمانہ حملوں کے متعلق عوام کے خیالات میں بہت ہیجان برپا تھا۔ اور یہی وہ ہیجان تھا جس کی وجہ سے ۱۸۸۵ کا ترمیم قانون فوجداری کا ایکٹ منظور ہوا۔ باوجودیکہ اس لڑکی کا قصہ قطعاً غیر اغلب تھا اور طبی شہادت میں تناقص پایا جاتا تھا قیدی کو ۱۰ سال قید کی سزا دی گئی۔ دو سال کے بعد مصنف ہذا اور کئی ایک دیگر طبیبوں کے معتمد امور داخلہ (Home Secretary) کے پاس سفارش کرنے پر اس قیدی کو رہا کر دیا گیا۔ اس واقعہ سے ایک نہایت عمدہ پیرایہ میں اس امر کی مثال ملتی ہے کہ قابل اعتبار ماہرانہ طبی شہادت کیا وقعت اور اہمیت رکھتی ہے اور اس امر کی کہ ہر طبیب کے لئے گواہی کے کٹہرے میں ہو کر بات سمجھ بوجھ کر کرنا کس قدر ضروری ہے۔ اگر کوئی ذی علم طبیب ہوتا تو فوراً جیوری پر یہ امر واضح کر دیتا کہ روئی پر کلورل ہائیڈریٹ (chloral hydrate) کے محلول کے چند قطرات سے یہ ناممکن ہے کہ

ایسی فوری اور گہری بے ہوشی پیدا ہو جو کئی ساعت تک قائم رہے۔ اور جس کی مدد سے کوئی بالغ آدمی کسی چودہ سالہ لڑکی میں جو قیاساً باکرہ ہو، پورے طور پر دخول کر سکے، لیکن اسکو خبر نہ ہو۔ اس طرح سے طبی شہادت کی وہ غرض پوری ہو جاتی جس کا خاص کر مجرمانہ حملوں میں قانون متقاضی ہے، یعنی مستغیثہ کی اس شہادت کے جو کہ فنی موضوعات کے متعلق تھی سچے حصے کی توثیق اور جھوٹے حصے کی تردید ہو جاتی۔

عہد وکٹوریہ ۴۸ اور ۴۹ چپاٹر ۶۹ کی رو سے کسی لڑکی یا عورت کو بے ہوش کرنے یا اس پر قابو پانے کی غرض سے کوئی دوا، مادہ یا شئے دینا جس سے کوئی شخص اس لڑکی یا عورت سے ناجائز مباشرت کر سکے جرم خفیف ہے۔

اس امر میں شک کیا گیا ہے کہ آیا کوئی آدمی بغیر کسی مدد کے کسی عورت کے ساتھ اس کی خلاف مرضی پورے طور پر مجامعت انجام دے سکتا ہے، اس وقت جبکہ اس عورت کو گھونسے یا دیگر تشدد یا دوا سے عاجز نہ کر دیا گیا ہو۔ بعض نے اس حقیقت کی بنا پر کہ عورت اپنے جسم کو متواتر حرکت دیکر دخول کو موثر طور پر روک سکتی ہے اس امر سے انکار کر دیا ہے کہ کسی بالغ عورت کی عصمت دری محض آدمی کی بلا واسطہ صرف کردہ جسمانی طاقت سے بغیر کسی دیگر مدد کے کی جا سکتی ہے۔ یہ سوال اس امر پر منحصر ہے۔ کہ دونوں افراد کی اضافی جسمانی طاقت وری کیا ہے۔ ایک طاقت ور مرد ایک بوڑھی یا کمزور سی عورت کے ساتھ یا بچی کے ساتھ کامیاب ہو سکتا ہے۔ برخلاف اس کے ایک کوتاہ مرد کو ایک تنومند عورت آسانی سے باز رکھ سکتی ہے۔ جب مرد اور عورت دونوں کے باہمی جسمانی نمو میں زیادہ مساوات ہو تو راے دیتے وقت ذرا قوت امتیاز کی ضرورت ہے۔ اس موضوع سے متعلق ایک نقطہ ایسا ہے جو اکثر اوقات نظر انداز ہو جاتا ہے کہ عورت کا عمرانی مرتبہ، عادات اور مزاج کیا ہیں۔ ادنی طبقے کی عورتیں اپنی صنف اور مقابل صنف کے افراد کے ساتھ ہاتھا پائی کرنے کی خوگر ہوتی ہیں اور ان کو اس طرح کے خوش طبعانہ تشدد کی مدافعت کی عادت ہو جاتی ہے۔ اکثر واقعات میں اس قابلیت مدافعت کی وجہ سے ایک نڈر عورت اس کی

عصمت دری چاہنے والے کے اقدامات کو رائیگاں کر دے سکتی ہے۔ برخلاف اس کے ایک نازپروردہ عورت غیر مانوس جبر سے اس قدر خوف زدہ ہو جاتی ہے کہ اس کے قوا جزوی طور معطل ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ اسی حد تک اس کی قوت مدافعت بھی کمزور پڑ جاتی ہے۔

استثنائی حالات میں ممکن ہے کہ عورت کی حرکات میں اس قدر مزاحمت ہو جائے کہ اس کو آسانی سے شکار بنایا جا سکے۔ کیسپر (Casper) ایک تنومند خوب نمو یافتہ عورت کا واقعہ بیان کرتا ہے، جس کے لباس کو اس کے سر پر الٹ کر اس کو بے بس کر دیا گیا، جب وہ اس طرح لپٹی ہوئی تھی تو ایک تنہا آدمی نے اس کی عصمت دری کر ڈالی۔

پہلے یہ ایک بحث طلب امر ہوا کرتا تھا کہ آیا زنا بالجبر کے بعد استقرار حمل ہو سکتا ہے۔ لیکن اب یہ سوال بحث کا محتاج نہیں رہا، کیونکہ بیضک کو بارور کرنے کا فعل ارادے پر موقوف نہیں ہے یعنی یہ عورت کی شرکت اور رضامندی کے بغیر انجام دیا جا سکتا ہے۔

ایک اور سوال بھی پیدا ہوا ہے یعنی زنا بالجبر سے تناسلی اعضا کو جو ضرر پہنچتا ہے، آیا وہ موت واقع کرنے کے لئے کافی ہو سکتا ہے۔ بدقسمتی سے اس کا جواب ہمیں اثبات میں ملتا ہے۔ کیونکہ وقتاً فوقتاً ایسی واردات ہوئی ہیں، جنمیں موت براہ راست اس تضرر کا نتیجہ تھی جو نوجوان لڑکیوں کے ناتکمل تناسلی اعضا میں
83 قضیب کے دخول کے بہیمانہ اقدامات سے پہنچا، قطع نظر ان تضررات کے
جو کسی اور طرح سے لگائے گئے ہوں۔ کالیز[1] (Colles) ایک ۵ سالہ لڑکی کے واقعہ کی اطلاع دیتا ہے جس کی ایک بالغ مرد نے عصمت دری کی۔ چھ دن کے بعد وہ التہاب باریطونی سے مر گئی۔ اور امتحان لاش پر اس کا عجان مشقوق اور اس کا مہبل گنگرینی (gangrenous) پایا گیا۔ ہندوستان میں چونکہ خلوت صحیحہ کم عمری ہی میں ہو جاتی ہے، لہذا ازدواجی مجامعت کے اقدامات سے اکثر

[1] Med. Times and Gaz., 1860

لڑکیاں مر گئی ہیں۔

بکارت کی طبعی امارات

ایک نوجوان اور بالغ باکرہ میں پستان نیم کروی شکل کے ہوتے ہیں اور سخت اور لچکدار محسوس ہوتے ہیں۔ اس کے حلمے چھوٹے ہوتے ہیں اور ان کے گرداگرد ہالے ایسے ہوتے ہیں جو گوری عورتوں میں گلگوں اور سانولی عورتوں میں سیاہی مائل ہوتے ہیں۔ باکرہ کے پستانوں میں گاہے سیال کا جو دودھ کی بعض خصوصیات رکھتا ہے ذرا سا افراز پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کی وجہ بلا ناپاک عادات کے صنفی فعالیت ہو۔

شفرتین کبیر کے آزاد کنارے کم و بیش متدیر، سخت اور لچکدار ہوتے ہیں، اور یہ ایک دوسرے کے نہایت ہی قریب ہوتے ہیں شفرتین صغیر چھوٹے ہوتے ہیں اور پھیکے رنگ کے ہوتے ہیں ملتقائے خلفی (posterior commissure) صحیح و سالم ہوتا ہے۔ اگر ناقص نمو کی شاذ مثالوں کو مستثنیٰ کر دیا جائے تو پردہ بکارت مختلف اشکال میں سے کسی نہ کسی شکل میں موجود ہوتا ہے۔ اس کی عام ترین شکل یہ ہے کہ مہبل کے مدخل کے وارپار عرضی طور پر ایک ہلال سا پھیلا ہوتا ہے جس کے قرنین کا رخ مجری البول کی جانب ہوتا ہے۔ بعض اوقات پردۂ بکارت، مہبل کے دھنہ کے گرداگرد پورے حلقہ میں پھیلا ہوتا ہے، اور گول یا بے قاعدہ شکل کے روزن یا انتصابی درز سے متقوب ہوتا ہے۔ ممکن ہے ایک سے زیادہ روزن موجود ہوں اور یہ بھی ممکن ہے کہ ایک بھی موجود نہ ہو۔ اس وقت یہ حالت غیر متقوب پردۂ بکارت کہلاتی ہے، پردۂ بکارت کی شکل کی طرح اس کی صلابت (rigidity) بھی اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بعض کنواریوں میں پردۂ بکارت اس قدر ڈھیلا اور نرم ہوتا ہے۔ کہ فتحہ میں انگلی داخل کی جاسکتی ہے بغیر اس کے پردہ بکارت کے کنارے کو ضرر پہنچے بعض میں یہ سخت اور مزاحم ہوتا ہے۔ کوئی شے جو فتحہ سے ذرا بھی بڑی ہو

اندر گذر جائے۔ تو پردۂ بکارت کے کنارے پھٹ جاتے ہیں۔ مہبل تنگ ہوتا ہے حاصکر بہت ہی کمسن کنواریوں میں۔ اور اس کی دیواریں کم و بیش شکندار ہوتی ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ ان شکنوں کی بجائے ایک ہموار بے شکن سطح موجود ہو۔ اس کا سبب مختلف حالتیں ہوتی ہیں جو عمومی صحت کی خرابی سے پیدا ہوتی ہیں۔

بکارت کے فقدان کی طبیعی امارات

ایک مجامعت سے پستانوں میں کوئی تغیر نہیں ہوتا۔ اور متواتر مجامعت سے بھی اگر کچھ تغیر ہوتا ہے تو وہ بہت کم ہوتا ہے، بشرطیکہ حمل نہ ہو۔ شفرتین کبیرا اور صغیر سے صرف توثیقی شہادت ملتی ہے یعنی تازہ وارداتوں میں جب بہت تشدد برتا گیا ہو تو التہابی حالت پائی جاتی ہے۔ ملتقی اخلفی (posterior commissure) پر ایک عمل اور متواتر مجامعت کا اثر نہیں ہوتا ہاں بہت کمسن عورتوں میں ہوتا ہے۔ یا جب خلاف عادت تشدد برتا گیا ہو تو بالغوں میں اثر ہوتا ہے۔ فقدانِ بکارت کی معتبر ترین شہادت پردۂ بکارت سے حاصل ہوتی ہے۔ اس کا منظر اس مدت کے لحاظ سے جو ازالہ بکر اور وقت امتحان کے درمیان گزر چکی ہے اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ نیز یہ منظر اس امر کے لحاظ سے اختلاف پذیر ہوتا ہے کہ فرد کا سن کیا ہے۔ روزن کی جسامت اور پردۂ بکارت کے درجہ صلابت کے اعتبار سے غشاء کی اصل حالت کیا تھی۔ تضررات پہنچانیوالے ذکر کے ابعاد کیا ہیں تضررات پہنچانے کے وقت کس درجہ کا تشدد عمل میں لایا گیا تھا۔ تازہ تضررات تیز کناروں والے چاکوں یا درزوں کی مانند معلوم ہوتے ہیں جو ممکن ہے کہ پردہ بکارت کے ایک سرے سے دوسرے سرے تک پھیلے ہوئے ہوں یا فرج اور مہبل کی غشاء مخاطی میں مسلسل ہوں۔ معمولی ہلالی پردے
84 میں پچھلی سمت کو ملتقی کی جانب بالعموم ایک درز ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ اس کے علاوہ اور بھی درزیں ہوں۔ استثنائی مثالوں میں ایک نیا سوراخ بھی

بن جاتا ہے جو بالعموم طبعی سوراخ کے نیچے ہوتا ہے اور جھلی کی ایک دھجی مہبل کے منہ کے وار پار تنی ہوئی باقی رہ جاتی ہے۔ اکثر پھٹے ہوئے پردہ سے کچھ نزف جاری ہوتا ہے جو گاہے حد سے زیادہ ہوتا ہے۔ بہرکیف اگر تفرات پہنچنے کے بعد امتحان جلد ہی کیا جائے تو ان حصص پر خون کے ننھے ننھے یا دھبے پائے جائیں گے۔ نیز فم مہبل اور قریب کی ساختیں التہابی حالت میں ہونگی اور تماس پر دکھتی ہوں گی۔ کچھ دیر بعد اور خاصکر کمسن بچوں میں اعمال التہابی سے زرد یا سبزی مائل زرد رنگ کا مخاطی قیحی اخراج پیدا ہوجاتا ہے۔ اس اخراج پر سوزاک کی سرایت سے پیدا ہونے کا دھوکہ نہ ہونا چاہئے کیونکہ اس کیساتھ یہ بہت ملتا جلتا ہے۔ اور نہ سیلان رحم کی سابقہ موجودگی کا دھوکا کھانا چاہئے ان حالتوں کے درمیان فرق کرنا کوئی آسان امر نہیں ہے چنانچہ محض اخراج کی بنا پر ہی کئی بہتانات عائد کئے گئے ہیں یعنی اگرچہ مرضیاتی اسباب کا نتیجہ تھا، لیکن اسے مجرمانہ جبر پر محمول کیا گیا۔ میکانی خراش کے التہاب سے جو اخراج پیدا ہوتا ہے۔ وہ بالعموم اس قدر وافر نہیں ہوتا کہ جتنا سرایت سوزاک کا اخراج ہوتا ہے۔ اس کو سیلان رحم کے اخراج سے اس طرح تمیز کیا جاتا ہے کہ غشاء مخاطی میں جو اس کا افراز کرتا ہے شدید التہابی حالت کی علامات پائی جاتی ہیں۔ چُرنے بھی مہبل سے اخراج پیدا کرتے ہیں۔ سپٹزر[1] (spitzer) نے ایک لڑکی کا واقعہ بیان کیا ہے۔ جس کے متعلق یہ شک تھا کہ اس کی عصمت دری ہوئی ہے۔ اس کے مہبل سے کثرت سے اخراج جاری تھا۔ جب گذرگاہ کو پچکاری سے دھو کر صاف کرنے پر چرنے نکلے تو حقیقت حال آشکارا ہوگئی۔ بنقات سوزاک (gonococci) کا وجود اور عدم وجود علی الترتیب اخراج کے نوعی صفت ہونے یا سبب ضرر ہونے کی دلیل گردانا گیا ہے۔ لوبر[2] (Lober) نے ایک زنا بالجبر کے واقعہ میں لباس کے دھبوں سے بنقات سوزاک

---

[1] Wien. Med. Wochenschr., 1892

[2] Bull. Med. du Nord de la France, 1887

کی کاشتیں حاصل کیں۔ کراٹر (Kratter)[1] نے زنا بالجبر کے دو واقعات میں جنہیں اس نے مہبل کے اخراج میں نبقات سوزاک کی تلاش کی، ایک واقعہ میں یہ موجود پائے اور ایسے واقعات میں اس نے جرثومیاتی تفتیش کو بہت اہمیت دی ہے۔ طبی قانونی وارداتوں میں جب تک عضویہ خرد بینی اور کاشتی دونوں طریقوں سے شناخت نہ ہو جائے یہ رائے ظاہر نہیں کرنی چاہیے کہ سوزاک موجود ہے بلکہ شناخت کا قطعی ثبوت صرف آخر الذکر طریقے سے حاصل ہو سکتا ہے۔ باکرہ مہبل کی غشاء مخاطی کی شکندار حالت ایک دو مرتبہ فعل مجامعت کرنے سے تبدیل نہیں ہوتی گو کہ یہ بھی ممکن ہے کہ باکرہ میں یہ حالت موجود ہی نہ ہو۔

اگر عصمت دری اور وقت امتحان کے درمیان ۴ سے لیکر ۵ دن تک کا وقفہ گزر چکا ہو تو حصص کا منظر متذکرہ صدر منظر سے مختلف ہو گا، خاصکر اگر بہت زیادہ جبر نہ ہوا ہو۔ اس صورت میں خون کے تھکے نہ ملیں گے اور ممکن ہے کہ التہابی منظر زائل ہو چکا ہو۔ پردۂ بکارت کے چاکوں کے تیز کنارے گول ہو چکے ہوں گے اور خام سطح غالباً مندمل ہو چکی ہوگی۔ اس کے نتیجہ کے طور پر لحیمات آسیہ (caruncutæ myrtiformes) متشکل ہو گئے ہونگے یہ پردۂ بکارت کے باقیات سے بنی ہوئی بے قاعدہ گولائی کی گرہیں ہوتی ہیں۔ اگر لحیمات تازہ ہوں تو یہ متورم، الیم، اور گہرے سرخ رنگ کے ہوتے ہیں۔ اگر اس سے بعید زمانہ کے بنے ہوئے ہوں تو زیادہ ٹھوس اور زیادہ سخت، اور زیادہ ہلکے رنگ کے ہوتے ہیں۔ یہ کہنا ضروری ہے کہ اگر ذکر غیر متناسب طور پر بڑا نہ ہو۔ تو واحد مجامعت ان متعدد گرہکوں کی تکوین پر منتج نہیں ہوتی کیونکہ پردۂ بکارت کے متناظر العدد۔ چاکوں کے سابقہ وجود کی قایم مقام ہیں۔ اگر پردۂ بکارت کو صرف ایک چاک کا ضرر پہنچا ہو تو بعد کا منظر لحیمات آسیہ (carunculæ myrtiformes) کے لفظ سے جو کچھ کہ عام طور پر مفہوم لیا جاتا ہے اس کے مطابق نہ ہو گا۔ پردۂ بکارت کا لحیمات آسیہ میں تبدیل

---

[1] Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Supplem., 1891.

ہونا بالعموم مجامعت کے متواتر افعال کا نتیجہ ہوتا ہے۔ پردۂ بکارت کے چاک پھر دوبارہ ملتئم نہیں ہوتے اور مہبل کا تضرر مستقل طور پر رہ جاتا ہے۔ 85

بکارت یا عدم بکارت کی طبیعی امارت اور زنا بالجبر

ذیل کی وجوہ سے فقدان بکارت کی طبیعی امارات بجائے خود زنا بالجبر کا ثبوت نہیں ہیں اور نہ وجود بکارت کی امارات اس کے وقوع کی تغلیط کرتی ہیں۔

بکارت کی طبیعی امارات کے عدم وجود کے اسباب

یہ ہیں جائز ازدواجی مجامعت۔ ناجائز لیکن ارادی مجامعت۔ پردۂ بکارت کا اتفاقی انشقاق۔ اور شاذ واقعات میں پردہ کا عدم وجود یا خلقی طور پر نامکمل ہو۔

جس عورت کے ساتھ زنا بالجبر کا ارتکاب کیا گیا ہو، اس میں ذیل کے اسباب سے بکارت کی طبیعی امارات قائم رہتی ہیں۔ ڈھیلا پردہ اور بڑا روزن موجود ہونا خاصکر اگر حملہ آور شخص کا قضیب چھوٹی جسامت کا ہو۔ پردہ بکارت کا لچکدار ہونا جو بعض حدود کے اندر منتج ہوکر پھر سکڑ جاتا ہے۔ مطلوبہ کی انتہائی کمسنی اور صنفی اعضا کا اتنا چھوٹا ہونا کہ مہبلی دخول نہ ہو سکے (بشرطیکہ اس کے حصص کو پھاڑ کر الگ نہ کر دیا گیا ہو)۔ لیکن آخر میں یہ امر یاد رکھنا چاہئیے کہ محض فرجی دخول کہ جس میں تضرر بالکل نہ پہنچے کافی ہے کہ اس کو زنا بالجبر قرار دیا جائے۔

پردہ بکارت کا انشقاق، صنفی مجامعت کے علاوہ ہر قسم کی قوت سے بھی واقع ہو سکتا ہے، بشرطیکہ یہ قوت کافی زور دار ہو۔ ذیل کے اسباب سے اس کے مشقوق ہونے کی اطلاع دی گئی ہے۔ حیض کے دوران میں خون کے تھکوں کا وجود۔ ڈفتھیریا (diphtheria) اور دیگر امراض سے پیدا شدہ تقرح، کودنا، گھوڑے کی سواری کرنا کسی سخت ابھار پر گر پڑنا۔ پردہ کے انشقاق کا ایک سبب جلق بھی بیان کیا گیا ہے۔ لیکن بغیر کافی دلائل کے۔ تاہم جلق کی عادت کی اکثر مثالوں میں پردہ بکارت صحیح و سالم پایا جائے گا کیونکہ یہ دست درازی پردۂ بکارت کے سامنے کے حصص تک محدود رہتی ہے۔ طبی امتحانات اور اطلاقات سے بھی پردہ بکارت کو تضرر پہنچ سکتا ہے۔ ان میں سے پردۂ بکارت کے تضرر یا عدم وجود کے بعض اسباب تو معقول ہیں لیکن بعض بعید از قیاس ہیں جیسے مثال کا

فیصلہ اس کی ذاتی خصوصیات کی بنا پر کرنا چاہیئے۔

ممکن ہے قضیب کا کامل دخول بھی ہو جائے اور پھر بھی پردۂ بکارت کو کوئی تضرر نہ پہنچے۔ اس کے لئے جو حالات ضروری ہیں وہ بیان کئے جا چکے ہیں۔ یعنی پردۂ بکارت کا ڈھیلا یا لچکدار ہونا اور قضیب کا بہت زیادہ جسیم نہ ہونا۔ ممکن ہے کہ مجامعت کے متواتر افعال کا بھی سوائے اس کے کچھ نتیجہ نہ ہو کہ پردہ بکارت کے وار پار یا اوپر جو روزن ہے وہ ذرا زیادہ بڑا ہو جائے۔ ایک بڑے روزن کی موجودگی سے اسوقت جبکہ غشاء کے کنارے صحیح و سالم ہوں کوئی نتیجہ مستنبط نہیں کیا جا سکتا۔ ممکن ہے کہ یہ اس حصے کی قدرتی حالت ہو۔ ہیبرڈا[۱] (Haberda) نے بیان کیا ہے۔ کہ وہ ۱۰ سال سے لیکر ۲۰ سال کی عمر کی لڑکیوں کے زنا بالجبر کی وارداتوں میں کہ جن کے تناسلی اعضا کا اس نے معائنہ کیا، ۵۰ فیصدی میں ازالۂ بکارت کے تشریحی نشان شناخت نہ کر سکا۔ حالانکہ ان لڑکیوں نے کہ جن کے متعلق یہ مقدمات تھے، اقرار کیا کہ کامل مجامعت ہو چکی ہے، بلکہ بعض مثالوں میں ایک سے زیادہ مرتبہ مجامعت کی گئی تھی۔ ڈھیلے پردہ کی راہ سے کامل مجامعت کرنے میں اور مجامعت کی اس شکل میں کہ جس میں ایک سخت پردہ کے چھوٹے سے روزن کی راہ سے حاملہ کر دیا جاتا ہے، اور ایک بار آور مجامعت ہونے کے باوجود یہ مجامعت نامکمل ہی رہتی ہے، دونوں کے درمیان فرق کرنا ضروری ہے۔ استثنائی طور پر پردۂ بکارت سخت بھی ہوتا ہے اور لچکدار بھی ہوتا ہے۔ مشکا (Maschka) نے ایک رنڈی کی مثال بیان کی ہے کہ اس میں اس قسم کا غیر متضرر پردہ بکارت موجود تھا، حالانکہ مکمل مجامعت متواتر ہوتی رہی تھی۔

زنا بالجبر کا کہ جس میں انزال ہو ارتکاب نہایت کمسن بچیوں کے ساتھ کیا جا سکتا ہے بغیر اس کے کہ ان کا پردۂ بکارت ذرا بھی متضرر ہو۔ ان کے بیرونی تناسلی اعضا اتنے چھوٹے ہوتے ہیں کہ ان میں بالغ ذکر داخل ہو نہیں سکتا اور پردہ بکارت بھی گہرائی پر واقع ہوتا ہے بشرطیکہ اتنا زیادہ جبر عمل میں نہ لایا جائے کہ جو حصص کو پھاڑ کر الگ

---

[۱] Monatsschrift f. Geburtshulfe u. Gynakol, 1899

کر دے عصمت دری انجام دینا ممکن ہے بغیر اس کے کہ اس کے ارتکاب کا کوئی اوپری شائبہ باقی رہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ کسی کمسن بچی کے ساتھ اس درجہ کا جبر عمل میں لایا جائے کہ وہ حصص کو پھاڑ نہ سکے لیکن اس کے باوجود اتنا زیادہ ہو کہ بعد میں بیرونی اعضا کا اغتاث ہو جائے۔ اس قسم کی وارداتوں میں فرج کا وہ مرضیاتی اغتاث بھی یاد رکھنا چاہئے جو کہ آکلۃ الفم (noma) یا ڈفتھیریا (diphtheria) یا تپ محرقہ (enterica) یا چیچک (variola) وغیرہ سے پیدا ہوتا ہے۔ کمسن بچیوں کے ساتھ صنفی جبر کرنے سے لگا ہے عجیب قسم کے تضررات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ڈراف مسٹر؎ (Dorffmeister) نے ایک لڑکی کا واقعہ بیان کیا ہے جس کی عمر ۸ سال اور ۹ ماہ تھی۔ ½ ۱۴ سالہ لڑکے کے ساتھ مجامعت کرنے سے اس کے مجری البول کی غشاء مخاطی کامل طور پر ساقط ہو گئی۔

شادی شدہ عورتوں میں جہاں تک کہ تناسلی اعضا کا تعلق ہے ممکن ہے کہ زنا بالجبر کی امارات مفقود ہوں جن حالات کی وجہ سے ایسا ہوتا ہے وہ ان حالات کی ضد ہوتے ہیں جو کہ کمسن بچوں میں پائے جاتے ہیں۔ اگر عورت مجامعت کی عادی ہو تو اس کے حصص کو بعد کی مجامعت سے کوئی تضرر نہیں پہنچتا، بالعموم باوجود اس امر کے کہ فعل جبر کے ساتھ ہی انجام دیا جاتا ہے۔ شادی شدہ عورتوں میں مجرمانہ حملہ کی علامات کو مہبل کے اندر حیوانات منی کے وجود اور بالخصوص جسم کے مختلف حصوں پر کوفتگی کے نشانات کی صورت میں تلاش کرنا چاہئے۔ بالعموم یہ جرم ایسے حالات کے ماتحت کیا جاتا ہے جن سے کسی عیار عورت کا زنا بالجبر کا اتہام تراشنا آسان ہے۔ اور ملزم کے لئے اس اتہام کی تردید کرنا مشکل ہوتا ہے اس جرم کو ایسی شدید اور ہمہ گیر نفرت کی نگاہ سے دیکھا جاتا ہے کہ مظلومہ یا مفروضہ مظلومہ کو فوراً ہمدردی حاصل ہو جاتی ہے۔ بدقسمتی سے یہ واقعہ ہے کہ زنا بالجبر کے بے بنیاد اتہامات کثیر الوقوع ہیں، اور ایسے واقعات میں ایک بے گناہ ملزم اس خسارے میں رہتا ہے کہ عوام مستغیثہ کے بیانات کو

؎ Triedreich's Blatter f. ger. Med., 1887

شک لائے بغیر تسلیم کرنے پر مائل ہو جاتے ہیں۔ نہ صرف عورتیں اور سن تمیز کی لڑکیاں ہی ایسے اتہامات تراشتی ہیں بلکہ وقتاً فوقتاً ایسے واقعات بھی ظہور پذیر ہوتے ہیں کہ مائیں نہایت چھوٹے بچوں کو یہ سبق پڑھا دیتی ہیں کہ وہ کسی آدمی پر جس کو کسی خاص غرض کے پیش نظر، مثلاً اس سے بجبر روپیہ حاصل کرنے یا انتقام لینے کے لئے منتخب کر لیا جاتا ہے الزام عائد کریں اور ان کو نہ صرف یہ سکھایا جاتا ہے کہ وہ کیا قصہ بیان کریں، بلکہ ان پر اس طرح دست درازی کیجاتی ہے، کہ ان میں ایک مجرمانہ حملے سے پیدا شدہ علامات کے مماثل طبعی علامات پیدا ہو جاتی ہیں، جس سے ان کے بیانات کی تصدیق ہو۔ فورنیئر[1] (Fournier) نے ایک آٹھ سالہ لڑکی کا واقعہ بیان کیا ہے، جس کے متعلق یہ کہا گیا۔ کہ وہ ایک مجرمانہ حملے کی شکار ہوئی ہے شخص ملزم زیر حراست تھا۔ بچی کے امتحان سے یہ ظاہر ہوا کہ فرج میں شدید التہاب اور شفرتین پر قروح موجود ہیں، اور تمام حصص سبز ریم سے تر بتر ہیں۔ پردۂ بکارت صحیح سالم ہے اور کنج ران کے غدود پھولے ہوئے ہیں۔ بالآخر کچھ وقت کے بعد یہ معلوم ہوا کہ یہ تضررات بچی کی ماں نے کالک کے برش کی رگڑ سے پیدا کئے ہیں، اور ان کی توجیہہ کے لئے بچی کو ایک مناسب الزام کی پٹی بھی پڑھا دی گئی ہے۔ اس قسم کے واقعات میں جس استقلال اور ہٹ سے بچی اپنے قصے کو دہراتی ہے وہ تعجب خیز ہے۔ راز افشا کرنے کی صورت میں سخت سزا دینے کی جو دھمکی ماں نے دی ہوتی ہے، بچی کو اپنی بات پر قائم رکھنے کے لئے اس کا بے حد اثر پڑتا ہے۔ اگر بچی کو سخت مجبور کر دیا جائے گا تو وہ پھوٹ کر رو پڑے گی تاہم اس وقت اس سے زیادہ علم حاصل نہ ہو سکے گا۔ اس واقعہ میں جو ابھی بیان کیا گیا ہے، صرف بچی کو ایک گڑیا کے وعدہ کی تحریص سے صداقت کھل گئی جب بچی کا آخری بیان ماں کے روبرو دلوایا گیا تو ماں نے فریب دہی کا اقرار کر لیا۔

جب زنا بالجبر کا ارتکاب کیا جاتا ہے تو بالعموم شکار اور اس کی عصمت دری

---

[1] Bull de l'Acad. de med., Paris, 1880

کرنے والے کے سوا کوئی دوسرا موجود نہیں ہوتا۔ چنانچہ حکام عدالت مستغیثہ
کی براہ راست شہادت کے علاوہ موید شہادت تلاش کرتے ہیں۔ اور اہم ترین
موید شہادت مستغیثہ کے طبی امتحان سے حاصل ہوتی ہے، لیکن اس کی قیمت معتد بہ
طور پر اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ ایک ایسی لڑکی کے جسم کا جو ارتکاب جبر کے وقت تک
بے داغ ہے، جلد امتحان کیا جائے تو اس امتحان سے بہت زیادہ معلومات
حاصل ہوتے ہیں بہ نسبت اس امتحان کے جو ایک صنفی مجامعت کی عادی عورت کا
ارتکاب جرم سے کئی دن بعد کیا جاتا ہے۔ اس بات کے مدنظر کہ فرجی دخول
بلا انزال (جس سے ضرور نہیں کہ کوئی نشان باقی رہے)، زنا بالجبر قرار دیے جانے
کے لئے کافی ہے، شائد یہ سمجھ لیا جائے کہ طبی امتحان بے سود ہوتا ہے۔ 87
لیکن واقعات کی ایک بڑی اکثریت میں قضیب میں اوران حصص میں جو پردۂ بکارت
سے مقدم واقع ہیں خالی تماس سے کچھ زیادہ واقع ہوتا ہے چنانچہ اسی کی وجہ
سے جبر کے نشانات بھی دکھائی دیتے ہیں۔ اگرچہ زنا بالجبر قرار دیے جانیکے
لئے انزال ہونا شرط نہیں ہے لیکن یہ انزال اکثر واقع ہوتا ہے، جس سے
فعل کے نشانات باقی رہ جاتے ہیں علاوہ ازیں جسم کے مختلف حصوں پر کوفتگیاں
پائے جانے سے بیش قیمت معلومات حاصل ہوتے ہیں ان کا سبب عصمت دری
کرنے والے کی وہ کوششیں ہیں جو مظلومہ کی مزاحمت پر غالب آنے کی غرض سے
کی جاتی ہیں۔ اگرچہ ان کوفتگیوں کے وجود کو مناسب اہمیت دینے کی ضرورت
ہے، لیکن اس امر کے متعلق کہ وہ کس اسلوب پر پیدا کی گئی ہیں۔ کوئی بات بلاادعان
بیان کرنا خالی از خطا نہ ہوگا۔ مثلاً رین بوتھ[1] (Reineboth) نے ایک تیرہ سالہ
لڑکی کا معائنہ کیا جس کے متعلق یہ بیان کیا گیا تھا کہ وہ مجرمانہ جبر کا شکار ہوئی
ہے۔ اس کی رانوں پر ایک خاص شکل کی کوفتگیاں ملیں ان کا محل وقوع بالکل
ایسا تھا جو رانوں کو پکڑ کر جدا کرنے کے فعل میں دونوں ہاتھوں کی انگلیوں اور
انگوٹھوں کے سروں کا ہوتا ہے۔ لیکن دراصل یہ کوفتگیاں ایک دوہری کی ہوئی

---

[1] Vierteljahrsschr. F. ger. Med., 1896

ڈوری سے پیدا ہوئی تھیں جس سے لڑکی کے باپ نے اس کو بستر پر پڑے ہوئے ہنر ادی تھی۔ لباس پر کے خون اور منی کے دھبے بھی اہمیت رکھتے ہیں۔ آخراً سوزاک اور آتشک کا وجود بھی سلسلۂ شہادت کی ایک کڑی ثابت ہو سکتا ہے۔

زنا بالجبر کے واقعات میں طبی امتحان

اگر طبیب کو کسی عورت کا امتحان کرنا ہو اور یہ امتحان کسی بھی ایسے معاملہ سے تعلق رکھتا ہو جس میں صنفی اعضا کا معائنہ لازم آتا ہو تو اس طبیب کا پہلا فرض یہ ہے کہ اس عورت کی اجازت حاصل کرے۔ قانون عورت کے بدن کو قابل حرمت قرار دیتا ہے، اور عورت کی اجازت کے بغیر جو امتحان کیا جائے اس کو ایک ناشائستہ حملہ قرار دیتا ہے۔ کوئی حاکم عورت کے اس استحقاق کو منسوخ نہیں کر سکتا۔ لہٰذا اگر کسی طبیب سے اسکے متعلق لغزش ہو جائے تو وہ مجسٹریٹ یا حاکم کو توالی یا کسی دیگر شخص سے موصول شدہ حکمنامہ کا عذر پیش کر کے اپنے کو بچا نہیں سکتا۔ اگر مجسٹریٹ یا کوئی دیگر حاکم ایک طبیب کو کسی عورت کا اس کی بلا اجازت معائنہ کرنے کا حکم دے اور اس حکم کی تعمیل کر دی جائے تو دونوں فریق ایک فوجداری استغاثہ کے مستوجب ہو جائیں گے۔ اور ہرجانہ کے لئے دیوانی نالش بھی دائر ہو سکتی ہے، جیسا کہ کئی ایک طبیبوں کو نقصان برداشت کرنے پر معلوم ہوا ہے۔ اس سوال پر یہاں اس لئے زور دیا جاتا ہے کہ اطبا کو اکثر یہ علم نہیں ہوتا کہ امتحان مستورات میں ان کو کن خطرات کا سامنا ہے۔ یہ کہنا ضروری ہے کہ مجہول رضامندی کو آزادانہ اجازت قرار نہیں دیا جا سکتا جو عورت صرف رضامند ہو جاتی ہے اور کوئی کلمۂ احتجاج نہیں کہتی، ممکن ہے کہ بعد میں اس امر سے انکار کر دے کہ اس نے اجازت دی تھی۔ صحیح طریق کار یہ ہے کہ عورت کو مطلوبہ امتحان کی نوعیت

اور اس کا مقصد سمجھا دیا جائے اور پھر پوچھا جائے کہ کیا وہ اس کے کرنے کی اجازت دیتی ہے۔ رضامند کرنے کے لئے ہرگز جبر یا ترغیب کی ضرورت نہیں ہے۔ یعنی عورت کو یہ اجازت اپنی آزادانہ مرضی سے دینی چاہیئے۔ اگر ایسی عورتوں سے واسطہ پڑے جن سے طبیب ناآشنا ہو تو اس صورت میں اور نیز تمام طبی قانونی مقدمات میں، یہ ضروری ہے کہ کوئی معزز شخص اجازت دیے جانے کے وقت اجازت کو سنے۔ زنا بالجبر کے واقعہ میں اگر مستغیثہ امتحان کی اجازت نہ دے تو طبیب کو چاہیے کہ اس حاکم کو اس امر کی اطلاع دے کہ جس سے اس کو امتحان کا حکم ملا ہو۔ کمسن لڑکیوں میں اگر ممکن ہو تو امتحان کرنے سے پیشتر ان کے باپ یا ماں یا سب سے قریبی رشتہ دار کی اجازت حاصل کرنی چاہیئے۔

جس واقعہ میں زنا بالجبر کا ادعا ہو، اس میں عورت کے اعضا تناسلی کا معائنہ بہت مکمل طور پر کرنا چاہیئے۔ یہ امر یاد رکھنے کے قابل ہے کہ جو شہادت دیتی ہے وہ صرف ظاہری امور کے بیان پر ہی شامل نہیں ہوگی۔ بلکہ کن امور کا مشاہدہ کیا جا سکتا تھا اور کن امور کا مشاہدہ کرنے کی ضرورت تھی ان چیزوں کے متعلق بھی سوالات پوچھے جا سکتے ہیں۔ تکمیل امتحان کو ممکن بنانے کے لئے یہ ضروری ہے کہ عورت کو ایسی وضع میں رکھا جائے کہ اسکی رانیں ایک دوسری سے اچھی طرح الگ ہوں۔ ایسا بہت کم ہوتا ہے کہ جب تک شفرتین کو اچھی طرح کھول کر جھلی کو نہ تانا جائے پردہ بکارت کے تضررات کافی طور پر واضح ہو جائیں چنانچہ اس غرض کے لئے مصاۃ شگاف
(lithotomy) کی وضع نہایت عمدہ ہے۔ خاصکر کمسن بچوں میں چونکہ پردہ بہت 88
گہرائی پر واقع ہوتا ہے لہذا جب تک خلقی حصص کو اچھی طرح تان کر نہ کھولا جائے ان کا معائنہ نہیں کیا جا سکتا۔ تازہ وارداتوں میں حصص اس قدر الیم ہوتے ہیں کہ علیحدگی سے جس کی ضرورت ہوتی ہے درد ہوتا ہے۔ اور ہم پہلو عضلوں میں تشنجی استواری پیدا ہو جاتی ہے جس سے ممکن ہے کہ علیحدگی کے فعل میں وقت پیش آئے۔ چنانچہ بچوں میں تو تقریباً ہمیشہ ایسا ہوتا ہے۔ اگر الیمیت کے زائل ہونے تک انتظار کیا جائے تو متضررہ حصص کا ایسی حالت میں معائنہ کا موقعہ کہ جس میں ان سے صحیح ترین معلومات حاصل ہوتے ہیں کھو جاتا ہے۔ ایک عمدہ تدبیر یہ

ہے کہ امتحان کرنے سے پیشتر کوکین ہائڈروکلورائیڈ (cocaine hydro
chloride) کے ۲۰ فیصدی محلول کا آزادانہ اطلاق کیا جائے۔ تین چار منٹ
کے وقفہ سے ایک دو اطلاقات سے اس درجہ کی مقامی عدم حسیت پیدا
ہو جائے گی کہ جس سے امتحان ممکن ہو جائے گا۔ اگر حصص بہت ہی دریدہ ہوں
تو عموماً کوکین (cocaine) زیادہ عرصہ تک یا زیادہ آزادانہ نہ لگانی چاہئے مبادا
تسممی اثرات پیدا ہو جائیں۔ کیونکہ تازہ خام سطحیں نہایت جاذب ہوتی ہیں۔
پردۂ بکارت کے تازہ تضرر کی صورت میں متذکرہ صدر حالات
پائے جائیں گے۔ اگر کسی عورت کی عصمت دری حال میں کی گئی ہو اس میں لحیمات
آسیہ (carunclæ myrtiformes) کا وجود سابقہ افعال مجامعت پر دلالت
کرتا ہے۔ تمام تضررات کو غور سے ملاحظہ کرنا چاہئے۔ اور ان کی پوری پوری
وسعت دریافت کرنی چاہئے۔ مثلاً بچوں میں اور بعض اوقات بالغ باکرات
میں جب حد سے زیادہ جبر استعمال کیا جاتا ہے تو عجان مشقوق ہو جاتا ہے
خون کی کس قدر مقدار کا انصباب ہوا ہے اس کا اندازہ نیچے کے لباس کی
حالت سے لگانا چاہئے۔ مہبل کے مشمولات کا کچھ نمونہ شیشے کی ڈنڈی
کے ذریعہ الگ کر کے اس خوردبین کے نیچے معائنہ کرنا چاہئے کہ اس میں
حیوانات منوی ہیں یا نہیں۔ جسم کی تمام سطح کا اور بالخصوص رانوں کلائیوں اور
گردن کا معائنہ کرنا چاہئے کہ ان پر کونتگیاں، خراشیں یا جبر کی دیگر علامات
ہیں یا نہیں۔ اوپر کے لباس میں کیچڑ اور روغن سے پیدا شدہ دھبے اور چاک
تلاش کرنے چاہئیں اور اگر یہ موجود ہوں تو ان کا محل و قوع ملاحظہ کرنا چاہئے۔
نیچے کے لباس کا غور سے معائنہ کرنا چاہئے کہ اس پر خون اور منی کے دھبے تو
نہیں ہیں۔ اگر لنن (linen) متوسط طور پر بھی صاف ہو تو منی سے پیدا شدہ دھبے
قطعات کے طور پر دکھائی دیتے ہیں جن کی رنگت غیر واضح ہوتی ہے لیکن جن کا
رنگ باقی کپڑے سے کسی قدر مختلف ہوتا ہے۔ اس کپڑے کا یہ دھبے والا
حصہ اکڑا ہوا ہوتا ہے۔ کمزور گوند کے پانی کا ایک قطرہ خالی آنکھ کے سامنے
بالکل اسی طرح کا منظر پیش کرتا ہے جب کپڑوں پر ان مشتبہ صورت کے دھبوں کا

محل وقوع ملاحظہ کرلیا جائے، تو ان تمام کو باحتیاط کاٹ کر نکال لینا چاہیئے، اور آئندہ تفتیش کی خاطر محفوظ رکھ چھوڑنا چاہیئے ۔ داغدار حصے سے مکانی مداخلت کرنے یا اس کو رگڑنے سے محترز رہنا چاہیئے ۔ ادنیٰ طبقہ کے لوگوں میں نیچے کے کپڑے اکثر نہایت ہی غلیظ ہوتے ہیں ۔ علاوہ اس میلے پن کے جو ان کو دیر تک پہنے رکھنے سے پیدا ہو جاتا ہے ممکن ہے وہ برازی مادے، بول اور شائد حیض کے خون سے آلودہ ہوں جب یہ صورت حال ہو تو منی کے دھبوں کا پہچاننا مشکل ہو جاتا ہے ۔ خون کے دھبوں سے ملتے جلتے دھبوں کو بھی کاٹ کر نکال لینا چاہیئے ۔ موجودہ حیض یا حالیہ حیض کے متعلق معلومات حاصل کرنی چاہیئے اور زہروی مرض کا وجود یا عدم وجود ملاحظہ کرنا چاہیے ۔

جس عورت کے ساتھ زنا بالجبر کا ارتکاب کئے جانے کا شبہ ہو اس کی لاش کا معائنہ بھی اسی طریق پر کرنا چاہیئے جو ذی حیات کی صورت میں اختیار کیا جاتا ہے ۔ طبیب کو اس جرح کے جواب کیلئے تیار رہنا چاہیئے کہ آیا یہ ممکن ہے کہ کوفتگی ظاہر کرنے والا نشان بعد الموت دھبوں سے پیدا ہوا ہے آیا زنا بالجبر سے پیدا شدہ تضررات ہلاکت واقع کرنے کے لئے کافی تھے ۔ آیا مخصوص تضرر یا زخم موت سے قبل لگے ہیں یا بعد ۔ ان کو لگانے کے لئے کیا ممکن ذرائع استعمال کئے گئے ہیں ۔ جہاں لاش ملی ہو اگر پہلے پہل اسی جگہ پر معائنہ کیا جائے تو جسم کی عمومی وضع اور جوارح اور لباس کی وضع کی طرف توجہ مبذول کرنی چاہیئے ۔ کشمکش کے نشانات کے لئے ماحول کی تحقیقات کرنے کی ضرورت ہے بالخصوص اگر لاش مکان کے باہر سے ملے ۔ نقوش پا کو جانچنا چاہیئے اور ضرورت پڑے تو صفحہ 55) پر بیان کردہ طریقہ سے ان کا ٹھپہ لینا چاہیے ۔ زمین کی خصوصیات یعنی اسکا ریتیلی (clayey) 89
یا مٹی وغیرہ کی ہونا ملاحظہ کرنا چاہیئے ۔ اور اگر اس کا منظر نمایاں طور پر امتیازی ہو ۔ تو اس کا کچھ نمونہ محفوظ رکھ چھوڑنا چاہیئے تاکہ اگر ملزم کے جوتوں پر کچھ مٹی ہو تو اس کے ساتھ اس کا مقابلہ کیا جائے ۔ یہ امر بھی دریافت کرنا چاہئے کہ ارتکاب جرم کے وقت موسم کی کیا کیفیت تھی اگر مشتبہ شخص گرفتار

ہو جائے تو اس سے کچھ سراغ مل سکتا ہے۔ لاش کا مابعد امتحان اتنا مکمل طور پر ہونا چاہئے کہ گواہ ان امور کے متعلق کہ ہڈیوں کے اور خاص کر جمجمہ کے کسور موجود ہیں یا نہیں، اندرونی اعضا کی کیا حالت ہے، جسم کے قدرتی روزنوں میں کوئی جسم غریبہ موجود ہے یا نہیں، تصدیق کر سکے۔ اگر ہلاکت دم گھٹنے سے ہوئی ہو (جو مہلک مجرمانہ حملوں میں موت کا ایک عام سبب ہے) تو ممکن ہے کہ اختناق کی وجہ سے جسم پر جا بجا کدمات پائے جائیں۔ لیڈیارڈ (Lediard)[1] نے اس امر کی طرف توجہ دلائی ہے کہ مہبل کی غشاء مخاطی کے نیچے ایسے نزفات کے پائے جانے اور ان پر مقامی تشدد کی امارات کا دھوکا ہونے کا امکان ہے۔ مہبلی کدمات موجود ہوں تو طبیب کو جسم کے دیگر حصص میں متناظر عابدریاں تلاش کرنی چاہئیں۔

اگر ملزم زیر حراست ہو تو غالباً اس کے جسم اور لباس کا امتحان کرنے کی ضرورت ہو گی۔ اس قسم کے امتحان کے لئے عورت کی طرف سے اجازت کی ضرورت کے متعلق جو کچھ پہلے کہا جا چکا ہے، اس کا اطلاق ویسی ہی مناسبت کے ساتھ مرد پر بھی ہوتا ہے۔ کسی شخص کو اس امر کا قانونی حق حاصل نہیں ہے کہ وہ کسی مرد کے اعضا تناسلی کا امتحان اس کی بلا رضامندی کرے یا کرنے کا حکم صادر کرے۔ مزید براں یہ یاد رکھنا چاہئے کہ اگر کوفتگیوں، خراشوں یا مظلومہ سے ماخوذ بالوں کی موجودگی کی خاطر ملزم کے کسی حصے کا امتحان قرین مصلحت سمجھا جائے تو نہ صرف اس کی اجازت حاصل کرنا ضروری ہے، بلکہ امتحان کرنے سے پہلے ملزم کو اس امر کی بھی اطلاع دے دینا چاہئے کہ اگر ایسی علامات پائی گئیں جو اس کو مجرم ظاہر کرنے کا رجحان رکھتی ہوں تو بوقت سماعت ان سے فائدہ اٹھایا جائے گا۔

سوائے اس صورت کے جب کہ عصمت دریدہ عورت میں تناسلی مرض منتقل ہو گیا ہو اور ملزم میں بھی اس سے مماثل مرض کا وجود پایا جائے جو سلسلہ شہادت کی کڑی بناتا ہو، عام طور پر مرد کے امتحان سے بہت کم معلومات حاصل ہوتی ہے۔ اگر مجری البول میں یا قمیص پر حیوانات منی پائے جائیں تو ان کی موجودگی کی توجیہہ یہ کہہ کر بھی کی جا سکتی ہے کہ عصمت دریدہ عورت کے

---

[1] Med.- Chirurg. Trans., 1896

سوا کسی دیگر عورت کے ساتھ حال ہی میں مجامعت کی گئی ہے، یا یہ کہ بلا مجامعت کے انزال ہو گیا ہے اگر مجری البول میں حیوانات منی بالکل نہ پائے جائیں جیسا کہ اغلب ہے تو اس سے تازہ انزال کی نفی نہیں ہوتی۔ کیونکہ پیشاب کرنے سے تمام شائبات دھل کر دور ہو جاتے ہیں۔ مرد میں جن نقاط کا ملاحظہ کرنا چاہیے، وہ یہ ہیں، جسم یا لباس پر حیوانات منی اور خون کے دھبوں کی موجودگی۔ (باکرہ کے ساتھ زنا بالجبر کے واقعہ میں خون کے شائبات کو بالخصوص قلفہ کے نیچے اور لجام (frenum) کے قرب وجوار میں تلاش کرنا چاہیئے)، بیرونی لباس کی حاجت جاکوں اور مختلف قسم کے داغوں کے لحاظ سے کیا ہے جوتوں کے ساتھ کچھ مٹی یا کیچڑ چمٹا ہوا ہونا، چہرے یا جسم کے دیگر حصص پر تازہ خراش۔ کوٹ یا پتلون پر لپٹے بالوں کی موجودگی (جب بال ملیں تو ان کو مظلومہ کے بالوں سے مقابلہ کرنے کی خاطر محفوظ رکھنا چاہیے)۔ مزید براں مرد کی عمومی ساخت بغور مشاہدہ کرنی چاہیے تاکہ اس کی جسمانی قوت کا اندازہ کیا جا سکے یعنی آیا وہ اتنا طاقتور دکھائی دیتا ہے کہ مستغیثہ جیسی عورت کو زیر کر سکے۔

منوی دھبوں کا امتحان

جب مہبل سے مخاط کا ایک قطرہ اس غرض سے کہ اس میں حیوانات منی کے وجود یا عدم وجود کا پتہ لگایا جائے لے لیا جائے تو پھر صرف اس امر کی ضرورت ہے کہ مخاط کو ایک تختی پر رکھکر اور شیشے کے پتلے ڈھکنے سے ڈھانک کر ۳۰۰ سے ۴۰۰ قطر تک کی طاقت کے ساتھ امتحان کیا جائے۔ اگر منی کسی کپڑے پر جم کر خشک ہو گئی ہو تو حیوانات منی کو نرم کرنے کی ضرورت ہے۔ اور سیال کے البیومن کے تکاثف کی وجہ سے جس سطح کے ساتھ وہ چپک گئے ہیں اس سے آزاد کرنے کی ضرورت ہے۔ اگر آب خالص استعمال کیا جائے تو حیوانات منی میں اس حد تک پھول جانے کا رجحان پایا جاتا ہے کہ وہ پارہ پارہ ہو جاتے 90

ہیں۔ اس امر کے متعلق کہ فلاں نمونہ میں حیوانات منی موجود ہیں حلفیہ شہادت اسی صورت میں جائز ہو سکتی ہے کہ ایک یا زیادہ کو اپنی مکمل شکل میں دیکھا جائے۔ سر اور رشتک فرداً فرداً جو منظر پیش کرتے ہیں وہ بھی بہت ہی معنی خیز ہوتا ہے تاہم اس کو قطعی شہادت قرار نہیں دیا جاسکتا لہٰذا یہ ضروری ہے کہ سر اور رشتک کے جُدا ہو جانے کے خطرے کو گھٹانے کے لئے احتیاطیں کیجائیں سب سے پہلی احتیاط یہ ہے کہ کپڑے کو بلا ضرورت چھیڑنے چھاڑنے سے اجتناب کیا جائے اور داغدار حصول کو شکن ڈالے بغیر چپٹا رکھا جائے۔ دوسری یہ ہے کہ نرم کرنے کے لئے کوئی ایسا سیال استعمال کیا جائے جو حیوانات منی کو حد سے زیادہ نہ پھلائے۔ اُنگر[1] (Ungar) نے اس مطلب کے لئے آب کشیدہ میں ہائیڈروکلورک ترشہ کے نہایت ہی ہلکے محلول کی تعریف کی ہے [۴۰ کیوبک سنٹی میٹر (cubic centimeter) میں ایک قطرہ]۔ اس ترشہ آمیز پانی کے چند قطرے گھڑی کے شیشے میں، داغدار کپڑے کی ایک چھوٹی سی دھجی کے ہمراہ اس طور پر رکھدیے جاتے ہیں کہ دھجی کا زیریں سرا سیال میں ڈوبا رہتا ہے۔ نرم ہونے کے لئے کس قدر مدت درکار ہے یہ داغ کی عمر کے لحاظ سے چند منٹوں سے لیکر کئی گھنٹوں تک اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ مناسب یہ ہے کہ حیوانات منی کو جُدا کرنے سے پیشتر البیومن کو خوب ہی نرم کرلیا جائے ورنہ یہ حیوانات ٹوٹ جائیں گے۔ اگر ترشہ آمیز پانی میں کپڑے کا صرف نچلا سرا ڈوبا ہوا ہو تو حیوانات منی کے قبل از وقت جُدا ہو جانے کا بہت کم احتمال ہے۔ اور یہ بہتر ہے کہ ضرورت سے زیادہ وقت دیا جائے بہ نسبت اس کے کہ ضرورت سے کم وقت دیا جائے۔ چنانچہ پرانے داغوں کے لئے چار سے پانچ گھنٹے تک کی مدت صرف ہوتی ہے۔ جب کپڑے کا ٹکڑا کامل طور پر نرم ہو جائے تو اس کو تکسیتی کلاب کے ذریعہ اٹھا کر خوردبینی تختی پر آہستہ سے مل دیا جاتا ہے۔ اور جماؤ جو اس طرح حاصل ہوتا ہے اس کو ایک شیشے کے پتلے سے ڈھکنے سے ڈھانک کر مذکورہ بالا

---

[1] Vierteljahrsschr. f. ger. Med 1886

ہدایت کے مطابق اس کا معائنہ کیا جاتا ہے۔ چونکہ حیوانات منی نہایت ہی نیم شفاف اجسام ہیں لہذا ان کو ملون کرنے کی تجویز کی گئی ہے تاکہ ان کو زیادہ مرئی بنایا جا سکے۔ اس کے لئے خشک یا تر کوئی بھی طریقہ اختیار کیا جا سکتا ہے۔ انگر (Ungar) نے خشک طریق کار کے لئے ایک دوہرے لون کی سفارش کی ہے۔ یہ طریقہ اس طرح انجام دیا جاتا ہے۔ جب کپڑے کی دھجی میں ترشہ آمیز پانی سے مناسب نرماہٹ پیدا ہو جائے تو اس کو کلاب کے ذریعہ نکال کر کچھ دیر تک نچڑنے دیا جاتا ہے بعدہ شیشے کے پتلے سے ڈھکنے پر اسکو اس طرح مل دیا جاتا ہے کہ شیشہ پر کچھ جماؤ باقی رہ جائے۔ پھر اس کو گرد وپیش کی ہوا کے درجۂ تپش پر خشک ہونے دیا جاتا ہے۔ جب خشک ہو چکے تو ڈھکنے کو کلاب سے پکڑ کر اور اسکے جماؤ والے رُخ کو اوپر کی طرف رکھ کر بنسن (Bunsen) کے شعلہ پر سے جلد جلد گذارا جاتا ہے۔ تاکہ یہ جماؤ خوب سخت ہو جائے۔ پھر جب یہ ٹھنڈا ہو جائے تو شیشے کے ڈھکنے کو اس کا جماؤ والا رخ نیچے کی طرف رکھکر گھڑی کے شیشے میں پڑے ہوئے ایوسین (eosine) کے محلول پر تیرایا جاتا ہے۔ اس محلول کی ترکیب یہ ہوتی ہے۔ ایوسین (eosine) ۲۶۵ ملعب گرام الکحل ۳۰ مکعب سنٹی میٹر اور آب کشید ۵۰ مکعب سنٹی میٹر۔ گھڑی کے شیشے اور اس کے مشمولات کو ڈھانپ دیا جاتا ہے تاکہ تبخیر سست ہو جائے اور ایک گھنٹہ تک پڑے رہنے دیا جاتا ہے اس کے بعد شیشے کے ڈھکنے کو اتار لیا جاتا ہے نچوڑا جاتا ہے اور کھلا رکھا جاتا ہے حتیٰ کہ یہ خشک ہو جاتا ہے۔ پھر اس کو ایک حصہ الکحل اور ۲ حصے پانی کے ساتھ ہلکے سے دھویا جاتا ہے۔ اگلا قدم یہ ہے کہ شیشے کے ڈھکنے کو فریڈلینڈر (Friedlander) کے لاگ وڈ (Logwood) کے محلول میں چند منٹ سے لیکر ایک یا زیادہ گھنٹہ تک کے لئے پڑا رہنے دیا جاتا ہے۔ مدت کسی قدر ہونی چاہیئے اس کا انحصار لون کے عمل پر ہے جو اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ بعدہٗ تجہیز کو دھو کر اس کا عام طریقہ کے مطابق امتحان کیا جاتا ہے اس سے جو نتائج حاصل ہوتے ہیں وہ یہ ہیں۔ سر کا پچھلا حصہ ملون ہو کر سیاہی مائل نیلا ہو جاتا ہے اور درمیانی

ٹکڑا اور رشتک تیز سُرخ ہو جاتا ہے۔ اس سے سادہ تر اور آسان تر طریقہ یہ ہے کہ نرم کرنے اور ملون کرنے والے محلولوں کو ممزوج کر کے ایک بنا لیا جاتا ہے۔ میتھل گرین (methyl green) کا محلول (یعنی میتھل گرین ۱۵ء سے لیکر ۳ء گرام اور پانی ۱۰۰ مکعب سنٹی میٹر جس میں لونی مادہ کی استعمال شدہ مقدار کے لحاظ سے ہائڈروکلورک ترشے کے تین سے چھ قطرے تک ملائے جاتے ہیں) اس مقصد کو پورا کرتا ہے۔ منوی دھبے والی کپڑے کی دھجی کو گھڑی کے شیشے میں اس لون کے چند قطروں میں ڈبو دیا جاتا ہے اور کئی گھنٹہ تک پڑی رہنے
91 دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد اس کو کلاب کے ذریعہ اٹھا کر تختی پر مل دیا جاتا ہے۔ پھر جماؤ کا اسی تر حالت میں فی الفور امتحان کیا جا سکتا ہے۔

ایک انسانی حیوان منی مندرجہ ذیل چیزوں سے بنا ہوتا ہے۔ ایک سر۔ اس کے ساتھ ڈنڈی کی مانند ایک چھوٹا سا ٹکڑا لگا ہوتا ہے۔ اور یہ ایک طویل اور پتلے رشتک سے مسلسل ہوتا ہے اس کل حیوان کی لمبائی ۰ء۰۶ ملی میٹر ہوتی ہے۔ اگر سر کو ایک سمت میں دیکھیں تو یہ بیضوی شکل کا نظر آتا ہے اور اگر اس کو جانب سے دیکھیں تو شمع کی لو کے خاکے کی مانند زیادہ نوکدار نظر آتا ہے۔ حیوان منی تمام کا تمام شفاف نخزمایہ سے مرکب ہوتا ہے جو نازک ریشکدار منظر رکھتا ہے۔ ۳۰۰ سے ۴۰۰ قطر کی جو تکبیری طاقت بغرض شناخت استعمال کی جاتی ہے اس سے ساخت کا کوئی نشان نظر نہیں پڑتا۔ حیوانات منی عورت کے تناسلی اعضا میں اپنی قوت کئی گھنٹے تک برقرار رکھتے ہیں اور انزال کے بعد سات آٹھ دن تک فعال پائے گئے ہیں۔ فعلیت ختم ہونے کے بعد وہ اپنی شکل کو ایک تقریباً غیر معین مدت تک قائم رکھتے ہیں۔ مستذکرہ صدر طریقوں کی مدد سے کئی سال کے پرانے منوی داغ پہچانے جا سکتے ہیں۔

فلورنس[۱] (Florence) نے منی کے لئے ایک کیمیاوی امتحان ایجاد کیا ہے۔ آئوڈین

[۱] Arch. d'Anthrop. Crim., 1896

(iodine) اور پوٹاشیم آیوڈائیڈ (potassium iodide) کے تیزابی محلول کا (اس میں آیوڈین کی افراط ہوتی ہے) ایک قطرہ ایک ایسے سیال کے ایک قطرہ سے ملایا جاتا ہے جو منوی داغ کو ذرا سے پانی میں بھگونے سے حاصل ہوتا ہے۔ فوراً ایک رسوب پیدا ہو جاتا ہے۔ جو خوردبین کے نیچے قلموں کا بنا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ یہ قلم شکل اور رنگ دونوں کے اعتبار سے ہیمن (hæmin) کی قلموں کے ساتھ انتہائی مشابہت رکھتے ہیں۔ جانسٹن[1] (Johnston) نے اس امتحان کی مدد سے متعدد لاشوں کے منوی افراز کا امتحان کیا۔ اور ہر ایک میں مثبت تعامل حاصل کیا۔ بجز دو لاشوں کے جن میں کیکھائے منوی اور غدہ قدامیہ کا مرض تھا، اگرچہ ان میں بھی حیوانات منی موجود تھے۔ پوسنر[2] (Posner) نے یہ یہ تعامل عدم الحیوانات منویہ (azoospermia) کی اصابتوں میں اور نیز بیضی باقت کے خلاصے سے حاصل کیا ہے۔ کارڈائل[3] (Cardile) بیان کرتا ہے۔ کہ کولین (choline) سے اور الاکسن (alloxan) اور زینتھین (xanthine) سلسلے کے متعدد ارکان سے فلورنس کے قلم حاصل ہوتے ہیں، لہٰذا یہ پیشاب سے بھی حاصل کئے جا سکتے ہیں۔ بوکیریس[4] (Bocarius) نے یہ معلوم کیا ہے کہ ادنیٰ جانوروں کے حیوانات منی اور منوی نوعیت کے دیگر نباتی اور حیوانی مادوں سے بھی فلورنس کے قلم حاصل ہوتے ہیں اور اس نے اس موضوع کے متعلق کل کتابوں کا حوالہ دیا ہے۔ منی کے متعلق فلورنس کے امتحان کی وہی حیثیت ہے جو کہ خون کے متعلق گوائکم (guaiacum) کے امتحان کی ہے، یعنی یہ محض ایک ابتدائی امتحان ہوتا ہے۔ بربریو[5] (Berberio) کا امتحان یہ ہے کہ جب پکرک ترشے کے سیر شدہ محلول کو انسانی منی یا منوی داغ میں ملایا جاتا ہے تو اس سے چارکاٹ لیڈن (Charcot-Leyden) قلموں جیسا ایک عجیب منظر پیدا ہو جاتا ہے، لیکن یہ تعامل عام گھریلو حیوانات کی منی اور انسانی عضویہ کے افرازات افرازات اور ارتشاحات سے حاصل نہیں ہوتا۔ لیونسن[6] (Levinson) نے یہی تعامل ایک ایسے داغ سے

[1] Boston Med. r Surg. Journ., 1897

[2] Berliner klin. Wœhenachr., 1897

[3] Arch. di farm. c Terap., 1899

[4] Vierteljahrsschr. f. ger Med., 1901

[5] Med. Leg. Journ. of N. York, 1905-6

[6] Berliner klin. Wochenschr., 1906

حاصل کیا جو کہ تین اور چار سال کے درمیان مدت کا تھا۔ اس نے یہ معلوم کیا کہ ترقی یافتہ گندیدگی ایک مانع اثر رکھتی ہے۔ یہ تعامل نہ صرف ایسی منی سے حاصل ہوتا ہے جس میں حیوانات منی ہوں بلکہ ایسی منی سے بھی حاصل ہوتا ہے جس میں یہ مفقود ہوں اگرچہ اس حالت میں کم نمایاں طور پر اور کم تیقن کے ساتھ حاصل ہوتا ہے۔ یہ امر مشکوک ہے کہ منی کا کونسا جزو ہے جس کی وجہ سے تعامل ہوتا ہے۔ غالباً یہ تعامل قدامی (prostate) افراز کی وجہ سے ہوتا ہے۔

زنانہ زیر جامہ کے جن حصوں پر داغ کا ملنا سب سے زیادہ قرین قیاس ہے۔ وہ تناسلی اعضا کے قریب میں کرتے (chemise) کا آگا اور پیچھا ہیں۔ یہ امر قابل لاحظہ ہے کہ حیوانات منی خواہ نہ بھی موجود ہوں تو بھی ممکن ہے کہ داغ منوی سیال کی وجہ سے ہو کبھی کبھی ایسا ہوتا ہے کہ کسی فرد کی منی میں ایک وقت پر حیوانات منی غائب ہوتے ہیں اور دوسرے وقت پر موجود ہوتے ہیں بہت ہی اتفاقی طور پر مہبل کے مخاط میں بعض شعری یک خلویات (trichomonads) جو مہبلی شعری یک خلویات (trichomonas vaginæ) کے نام سے متعارف ہیں پائے جاتے ہیں۔ اس حقیقت کو کہ یہ موجود ہوتے ہیں بیان کر وہ زنا بالجبر کے واقعات میں حیوانات منی کی موجودگی کی شہادت کے کمزور کرنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ حیوانات منی اور ان شعری یک خلویات (trichomonads) کی تصاویر پر ایک نظر ڈالنا کافی ہوگا (تصاویر 13، 14) اور ان کے درمیان جو فرق ہے وہ واضح ہو جائیگا۔ یہ فرق اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ یہ ممکن نہیں کہ کوئی قابل مشاہد ایک پر دوسرے کا دھوکا کھائے۔ شعری یک خلیہ (trichomonad) کے سر کا خاکہ مدور ہوتا ہے، اور یہ سر حیوانِ منی کے سر سے بہت ہی بڑا ہوتا ہے۔ سر بے ساخت نہیں بلکہ دانیدار ہوتا ہے اور اس کی رشتک یا دُم مقابلتہً بہت ہی کوتاہ تر ہوتی ہے۔ حیوانات
92 منی ایسا مخصوص منظر رکھتے ہیں کہ اگر یہ سالم پائے جائیں یعنی سر اور رشتک ایکدوسرے سے مسلسل ہوں تو اس داغ کو جس سے وہ ماخوذ ہوں بلا تامل منوی سیال سے پیدا شدہ قرار دیا جا سکتا ہے۔ لیکن بایں ہمہ یہ امر قابل توجہ ہے کہ کبھی کبھی خوردبینی نمونے کے اندر ایک چیز دکھائی دیتی ہے جو حیوان منی سے عجیب طور پر مشابہ ہوتی ہے حالانکہ اس کی

نوعیت ایسی ہوتی ہے۔ کہ حیوان منی کی موجودگی کے امکان کو مستثنےٰ[1] کیا جا سکتا ہے۔ اس لئے بیان کردہ زنا بالجبر کے واقعات میں مناسب یہ ہے کہ ایک سے زیادہ حیوان منی کو شناخت کیا جائے۔

خون کے دھبوں کا امتحان انہی طریقوں کے مطابق کیا جاتا ہے جو صفحہ 57 پر مذکور ہیں۔ یہ ان عورتوں کے زیر جامہ پر ملتے ہیں جن کی عصمت دری ہونا بیان کیا گیا ہو۔ اگر خون کے دھبے موجود ہوں۔ تو یہ ممکن ہے کہ خون اس کپڑے میں جس پر وہ جما ہے مکمل طور پر جذب نہ ہوا ہو۔ جب یہ صورت ہو۔ تو یہ ملاحظہ کرنا چاہئے۔ کہ دھبہ پہننے والی عورت کے جسم کے لحاظ سے کپڑے کی اندرونی سطح پر ہے یا بیرونی پر میشکا[ﷺ] (Maschka) نے ایک واقعہ بیان کیا ہے جس میں اس کو یہ معلوم ہوا۔ کہ دھبے کسی پرندے کے خون سے پیدا کئے گئے ہیں اور بعدہٗ اس فریب کاری کا اقبال بھی کر لیا گیا۔ رام برگ[2] (Romherg) نے ایک غیر معمولی غلطی کا تذکرہ کیا ہے جو ایک طبیب سے سرزد ہوئی اس نے یہ بیان کیا کہ ایک چھوٹی لڑکی کے کرتے پر کے دھبے علی الترتیب خون اور منی سے پیدا شدہ ہیں، حالانکہ وہ دراصل بچی کے بستر پر لیٹے لیٹے ایک پلم ٹارٹ (plum tart) کھانے سے پیدا ہوئے تھے۔ مفروضہ خون کے دھبوں کی وجہ پلم کا اس تھا اور منوی داغ اس شحمی مادے کی وجہ سے تھا جو کہ پیسٹری (pastry) سے ماخوذ تھا۔

خلاف فطرت صنفی جرائم

اس عنوان کے تحت لواطت (sodomy) اغلام (امرد پرستی) (pedesastia)

---

[1] Handbuch, Bd. 3.

[2] Caspar-Liman, Bd. 10

لوط الحیوانات (bestiality) اور زنا بالمحرّمات (incest) آتے ہیں۔
لواطت سے مراد انسانوں کے درمیان غیر فطری مجامعت ہے جو عام طور پر مذکر صنف کے ہوتے ہیں۔اس کی متضاد شکل مساحقہ یعنی صنف مونث کے دو انسانوں کے درمیان صنفی جذبات کی تسکین اس ملک میں کوئی خلاف قانون جرم نہیں ہے۔اغلام، لواطت کی وہ قسم ہے جس میں مفعول کا کام کوئی لڑکا انجام دیتا ہے۔اور فاعل کوئی مرد یا لڑکا ہوتا ہے۔لوط الحیوانات سے مراد آدمی اور ادنٰے حیوانات کے درمیان مجامعت ہے۔ان جرائم کا ذکر ۲۴ اور ۲۵ عہد وکٹوریہ چارٹر ۱۰۰ کی ۶۱ ویں دفعہ میں آتا ہے جو کہ حسب ذیل ہے:۔

اگر کوئی شخص کسی انسان یا حیوان کے ساتھ لواطت کے نفرت انگیز جرم کے ارتکاب کا مجرم قرار دیا جائے گا تو وہ عدالت کی مرضی کے مطابق تادوام یا ایسی مدت تک جو دس سال سے کم نہ ہوگی مشقت تعزیری میں رکھے جانے کا مستوجب ہوگا۔

صنفی تضادات کی تسبیب (etiology) پر فروڈ (Freud)، فرنزی (Ferenczi) اور دیگروں کی جو انہی کے نقش قدم پر چلے ہیں مساعی نے بہت سی نئی روشنی ڈالی ہے۔ اس مسلک کے مطابق بالغ کی طبعی صنفی جبلتیں اپنے کمال کو اس وقت پہنچتی ہیں جب فرد ہئیتوں کے ایک سلسلہ سے گذر چکتا ہے جن کی ابتدا بہت بچپنے سے ہوتی ہے۔فروڈ (Freud) تو صنفیت کی ابتد ابعض خواہشات کی پر لطف تسکین میں دیکھتا ہے حتیٰ کہ وہ ماں کی چھاتی چوسنے کے لطف اور تبرز (defæcation) کے پر لطف جذبات کو بھی جو شیر خوار پہلے مہینوں میں محسوس کرتا ہے اس میں شامل کر لیتا ہے۔ بعد ازاں جب دوسروں سے دلچسپی پیدا ہوتی ہے۔ تو طفل ایک دوصنفی مرحلے سے گذرتا ہے، اور اس کے جذبات محبت کا رخ دونوں صنفوں کے اشخاص کی جانب ہوتا ہے، لیکن اکثر اوقات لڑکوں میں ماں کی جانب اور لڑکیوں میں باپ کی جانب ہوتا ہے،

ایک ہئیت میں بچے کی محبت اپنے آپ پر مرکوز ہوجاتی ہے۔ اور اس کی وجہ سے اکثر اوقات زمانہ بلوغ تک پہنچنے سے بہت پہلے طفلی پایا جاتا ہے۔ طبیعی نمو ہوکر یہ مراحل طے ہوجاتے ہیں اور بالآخر متقابل صنف کی طرف طبیعی رغبت نمودار ہوتی ہے۔ لیکن بعض مثالوں میں یہ طبیعی ترقی ابتدائی مراحل ہی میں سے کسی ایک مرحلہ پر رک جاتی ہے۔ اور فرد جب حیات بلوغ کو پہنچتا ہے تو ہنوز یہ میلان لطف اندوزی کی اسی شکل کی جانب پایا جاتا ہے جو اس خاص مرحلے میں پسند کی جاتی تھی۔ پھر دو صورتیں پیش آتی ہیں۔ عمرانی تعلیم کے نتیجہ کے طور پر فرد ان رجحانات کو اپنے میں تسلیم کرنے سے انکار کرتا ہے جو اس کو دوسروں سے متمیز کرتے ہیں اور اپنے شعور میں ان کو جگہ تک نہیں دیتا۔ اس سے شعوری اور زیر شعوری نفسوں کے مابین جو جنگ واقع ہوجاتی ہے اس سے نفسی عصبانیت پیدا ہونے کا امکان ہے۔ اس کیفیت پر مزید بحث عصبانیت کی کتابوں سے تعلق رکھتی ہے۔ اس کے برخلاف یہ بھی ہو سکتا ہے کہ فرد اپنے غیر طبعی رجحانات کو شعور میں جگہ دے اور ان کی تسکین کی کوشش کرے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اپنے آپ کو قانون کی زد میں لے آتا ہے۔

ہم صنفیت (homo-sexuality) کی تسبیب اصل میں اُس سے زیادہ پیچیدہ ہوتی ہے کہ جتنی متذکرہ صدر اجمالی بیان سے ظاہر ہوتی ہے۔ اور غالب امر یہ ہے کہ ایک سے زیادہ نفسی رجحان ایسے ہیں جو اس حالت کو پیدا کرتے ہیں۔ فرنزی (Ferenczi)[1] نے مردوں میں دو قسم کی ہم صنفیت میں امتیاز قائم کیا ہے۔ ہم صنفی فاعل اپنے آپ کو ہر اعتبار سے مرد محسوس کرتا ہے اور بالعموم وہ بہت چست و چالاک ہوتا ہے۔ اپنے جسمانی اور نفسی اوصاف میں نسوانیت کا اظہار نہیں کرتا۔ صرف اتنا ہوتا ہے کہ اس کے میلان کا موضوع بدل جاتا ہے۔ دوسری یعنی مفعول نوع کا فرد عورت کے سے نفسی جذبات رکھتا

Contribution to Psycho-analys s, translated by Ernest Jones, 1916. [1]

ہے۔اس کو منو یافتہ طاقت ورمردوں کی کشش ہوتی ہے اور وہ عورتوں کو عدم توجہی بلکہ نفرت کی نگاہ سے دیکھتا ہے۔وضع واطوار کے لحاظ سے وہ زنانہ ہوتا ہے۔اپنے بالوں کو بڑھاتا ہے۔اور اکثر اوقات جسمانی طور پر اس کی بناوٹ لڑکیوں کی سی ہوتی ہے۔ فرنزی (Ferenezi) نے اس کو ایک صادق صنفی درمیانی مرحلہ تصور کیا ہے۔تضلالات کی دوسری شکلوں کو بھی شیر خوارانہ منشیتوں کا نتیجہ قرار دیا جا سکتا ہے۔صغیر سن بچوں میں اپنے تناسلی اعضا کو فخریہ عریاں کرنے کی عادت دیکھی جاتی ہے جس پر اعضا نمائی کے لفظ کا اطلاق کیا جاتا ہے۔اس میلان کا بالغ حیات میں باقی رہ جانا ایسے جرائم کا موجب ہوتا ہے جیسے بدن کو ناشائستہ طور پر ننگا کرنا۔

آجکل صنفی تضلالات کے متعلق کتب کا ایک بہت بڑا ذخیرہ پایا جاتا ہے۔ان تضلالات کی ابتدا اور مظاہر کے متعلق اور بذریعہ تجزیہ نفسی علاج کے متعلق مزید معلومات کی تلاش مناسب کتابوں میں کرنی چاہیئے۔ طبی قانون داں کو اس سوال سے صرف اسی حالت میں دلچسپی ہے۔کہ قانون کی حقیقی خلاف ورزی ہوئی ہو۔ فرائڈی (Freudian) سلک کے عام اصولوں کو بہت حدتک تسلیم کر لیا گیا ہے، اگرچہ بہت سی تفصیلات میں اختلاف رائے بھی پایا جاتا ہے۔یہاں یہ کہنا کافی ہوگا کہ گذشتہ سالوں میں آراء کا تمامتر رجحان زیادہ تر اس طرف رہا ہے کہ صنفی فدل (Pervert) اور صنفی منکوس کو ایسے شخص تصور کیا جائے جو غیر طبعی نفسی نمو میں مبتلا ہیں اور جنکو طبیب کے معالجہ کی ضرورت ہے نہ کہ فاسق شخص جن کا صحیح محافظ داروغہ جیل ہے۔

غالب گمان یہ ہے کہ منکوس صنفی احساس جتنا کہ سمجھا جاتا ہے اس سے بہت زیادہ حدتک پھیلا ہوا ہے اور عدالت کے سامنے جو مقدمات پیش ہوتے ہیں، وہ اصل حقیقت کا صرف ایک دھندلا سا خاکہ پیش کرتے ہیں۔ بہت سال نہیں گذرے۔کہ پولیس نے شمالی انگلستان کے کسی شہر میں ایک مکانِ عامہ پر قبضہ کر لیا جس کے اندر ایک انوکھی طرز کا رقص ہو رہا تھا۔ معلوم ہوا کہ تمام کی تمام جماعت مردوں پر شامل ہے جن میں سے نصف مرد

عورتوں کی مانند ملبوس ہیں، اور یہ کہ انہوں نے اپنے لئے اندھے سازندوں کا انتظام کیا ہے تاکہ ان کی کارروائی دیکھی نہ جا سکے۔

لواطت کے ارتکاب میں فاعل کی مانند مفعول بھی قانون کے سامنے جوابدہ ہے، بجز اس صورت کے جب کہ وہ طاقت سے مغلوب ہو گیا ہو، یا
اس کو کوئی دوا دے دی گئی ہو، یا وہ ۱۴ سال سے کم عمر کا ہو۔ عورت 94
کے ساتھ یہ فعل کرنا بھی ویسا ہی جرم ہے، جیسا کہ مرد کے ساتھ کرنا ہے۔ زنا بالجبر کی طرح اس میں بھی مفعول ارتکاب جرم کے متعلق شہادت دے سکتا ہے۔ لواطت کے واقعات میں طبی شہادت ایسی بہت اہم نہیں ہوتی جتنی کہ زنا بالجبر کے واقعات میں ہوتی ہے۔ فاعل میں اس عادت کے کوئی نشانات نہیں پائے جاتے اگرچہ اس کے برعکس بھی بیان کیا گیا ہے۔ اگر مفعول اس فعل کا عادی رہ چکا ہو تو ممکن ہے کہ اس میں بعض نشانات پائے جائیں لیکن ان کے متعلق ہرگز یہ نہیں کہا جا سکتا کہ یہ ہمیشہ پائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ عاصرۃ الدبر ڈھیلا ہو اور اس کا فتحہ اعتدال سے زیادہ کشادہ ہو جبکہ اس کے ساتھ معی المستقیم کی غشاء مخاطی بھی ساقط پائی جاتی ہے۔ دُبر کے گرد و پیش کی جلد بعض اوقات ہموار پائی جاتی ہے۔ عاصرۃ الدبر اور معی المستقیم کی غشاء مخاطی کی دریدگیاں صرف حالیہ وارداتوں میں پائی جاتی ہیں بالغوں کی بہ نسبت لڑکوں میں زیادہ عام طور پر پائی جاتی ہیں۔ اور ان وارداتوں میں ممکن ہے کہ ورم اور التہاب پائے جائیں تاوقتیکہ حیوانات منی دبر کے اندر سے حاصل نہ کئے گئے ہوں ان کا پایا جانا اسی صورت میں اہمیت رکھتا ہے کہ مفعول بہت ہی کمسن ہو۔ کیونکہ زیادہ عمر کے موضوعوں میں ممکن ہے کہ یہ خود اسی فرد سے خارج ہوئے ہوں۔ فاعل اور مفعول کے درمیان امتیاز کے متعلق یہ یاد رکھنا چاہئے کہ یہ افعال باہم مبادلہ پذیر ہیں۔ ایک فرد جو ایک وقت پر مفعول کا کام انجام دیتا ہے دوسرے وقت ممکن ہے کہ فاعل کا کام انجام دے۔ بدیں وجہ بیان کردہ لواطت کے واقعہ میں امتحان کرتے وقت مناسب یہ ہے کہ ہر ایک فرد کے دونوں حصوں کی حالت کی تفتیش کی جائے۔ ایک طبیب نے مصنف ہذا کو بتایا کہ

ایک مرتبہ جب وہ پولیس سرجن کے مددگار کی حیثیت سے کام کر رہا تھا تو اس کو ایک آدمی اور ایک لڑکے کا امتحان کرنا پڑا جو لواطت کے جرم میں زیر حراست تھے۔ آدمی کا محض فاعل کی حیثیت سے اور لڑکے کا محض مفعول کی حیثیت سے معائنہ کرنے پر اس کو کچھ بھی علامات نہ ملیں اور سماعت مقدمہ پر یہ بات کھلی کہ فاعل لڑکا تھا نہ کہ آدمی۔

کسی آدمی کے ساتھ بحالت نیند یا اس کی خلاف مرضی لواطت کا ارتکاب کرنے کا امکان معمولی سمجھ کے خلاف ہے۔ ہاں کمسن بچوں میں یہ ممکن ہے کہ وہ طاقت سے مغلوب کر لئے جائیں۔ دوائی کھلانے اور قوت مدافعت کو سلب کرنے کے دیگر ذرایع کے متعلق بھی وہی بیان درست ہے جو کہ زنا بالجبر کے متعلق کیا گیا ہے۔

۱۸۸۵ء کا قانون ترمیم قانون فوجداری دو یا زیادہ مرد اشخاص کے ارتکاب جرائم ناشائستہ کے متعلق سابقہ قوانین لواطت کے اطلاق کی توسیع کرتا ہے حصہ اول دفعہ دوم (وکٹوریہ ۴۸ اور ۴۹ چارٹر ۶۹) حسب ذیل ہے۔

اگر کوئی مرد شخص علانیہ یا خفیہ دوسرے مرد شخص کے ساتھ کسی صریح ناشائستگی کے فعل کا ارتکاب کرتا ہے یا اس کے ارتکاب میں شریک ہوتا ہے تو وہ جرم صغیرہ کا مجرم ہے یہ وہ اس جرم کا قصوروار ثابت ہونے پر عدالت کی مرضی کے مطابق ایسی مدت تک جو دو سال سے متجاوز نہ ہو، بلا مشقت یا بامشقت قید کا مستوجب ہے۔

لوط الحیوانات کے واقعات میں طبی شہادت ملزم کے جسم اور لباس پر (جس جانور سے بدفعلی کی گئی ہو اس کے) بال تلاش کرنے تک محدود رہتی ہے۔

زنا بالمحرمات ۱۹۰۸ء کے قانون زنا بالمحرمات کی رو سے کسی مرد شخص کا اپنی پوتی یا بیٹی یا بہن یا سوتیلی بہن یا ماں کے ساتھ زنا کرنا جرم صغیرہ ہے جس کی سزا تعزیری ہے جو تین سال کی تعزیری قید سے کم اور ۷ سال سے زیادہ نہ ہوگی یہ امر غیر متعلق ہے کہ زنا عورت کی رضامندی سے کیا گیا ہو۔ مزید براں اگر کوئی

عورت جو سولہ سال کی یا اس سے زیادہ عمر کی ہو اپنے دادا یا باپ یا بھائی یا سوتیلے بھائی یا بیٹے کو اپنے ساتھ زنا کرنے کی اجازت دیتی ہے تو وہ جرم صغیرہ کی مجرم ہے جس کی سزا مشقت تعزیری ہے جو تین سال سے کم اور سات سال سے زیادہ نہ ہوگی یا بلامشقت یا بامشقت قید ہے جو دو سال سے متجاوز نہ ہوگی۔ اس قانون کے ماتحت کارروائی بندکمرہ (in camera) میں کی جاتی ہے۔

بدن کو ناشائستہ طور پر ننگا کرنے کا جرم طبی قانون داں کے معائنہ
95 میں اس طرح سے نہیں آتا، جس طرح کہ متذکرہ صدر جرائم آتے ہیں، لیکن ہو سکتا ہے کہ مجرم کی مسئولیت جرم کے متعلق اس کی رائے دریافت کی جائے۔ دماغی انحطاط کی بعض اشکال ایسی ہیں کہ جو اشخاص ان میں مبتلا ہوتے ہیں، ان میں اپنا بدن علانیہ دکھانے کی جانب میلان پایا جاتا ہے۔ اس ملک میں یہ اہم باتیں زیادہ تر یا سن رسیدہ آدمیوں کی ہوتی ہیں جن کو شیخوخی عتاہت ہوتی ہے یا نوجوان آدمیوں کی ہوتی ہیں جو صرعی قسریت (automatism) یا الکحلیت کے موضوع یا شلل عمومی کے ابتدائی درجہ کے موضوع ہوں کرافٹ ایبنگ[1] (Krofft Ebing) نے ایک صنفی نفسی مرض کی شکل کی طرف توجہ منعطف کرائی ہے، جس میں زندگی کے ابتدائی سالوں میں ایک خاص نفسی انحطاط وقوع پذیر ہوتا ہے جو زیادہ تر موروثی اثر یا کساح (ricket) جیسی مرضیاتی کیفیات کی جانب منسوب کیا جا سکتا ہے۔ اس نے اس کے تمثیلی واقعات بھی پیش کئے ہیں جن میں موضوع میں اپنا بدن دوسرے کے سامنے ننگا کرنے کا ظاہر ناقابل ضبط میلان پایا جاتا ہے۔ منجملہ ان کے ایک واقعہ فریر[2] (Freyer) نے پیش کیا ہے کہ ایک ۳۵ سالہ آدمی کو اس بنا پر حراست میں لے لیا گیا کہ وہ زنانہ مدرسہ کے آس پاس چکر لگایا کرتا تھا، اور جب وہ طالبات کی توجہ اپنی جانب کھینچنے میں کامیاب ہوجاتا تو پھر وہ ان کو اپنا بدن دکھاتا تھا، اور اسی جرم میں وہ اس سے پہلے چھ سے

۱؎ Wiener med. Blatter, 1892

۲؎ Zeitschr. f. Medizeiralbeanrte, 8 Jaheg.

زیادہ مرتبہ تین ماہ سے لیکر ۳ سال تک کی مختلف مدتوں کے لئے قید رہ چکا تھا۔ آخری موقعہ پر زندان کی بجائے اس کو نہایت ہی مناسب طور پر دارالمجانین میں بھیجا گیا۔ اس کو صرعی حملے ہوا کرتے تھے اور قابل ذکر امر یہ ہے کہ جب ننگا ہونے کا اضطرار نمودار ہوا تھا تو یہ صرعی حملے بند ہو گئے تھے۔

باب ۱۳

امارات حمل و زچگی

اطبا کو قانونی حکام کی طرف سے وقوع حمل یا عدم وقوع حمل دریافت کرنے کے لئے مندرجہ ذیل حالات میں طلب کیا جا سکتا ہے۔ (ا) جب کسی عورت کو سزائے موت سنائی گئی ہو اور وہ سزائے موت سے بچنے کے لئے حاملہ ہونے کا عذر پیش کرے۔ (ب) جب کوئی عورت جس کا خاوند کہ حال میں مرا ہو یہ دعویٰ کرے کہ اس کے شکم میں ایک جائداد کا وارث ہے۔ لیکن وارث قانونی جعلی وارث پیش ہونے کے فریب سے بچنے کے لئے ثبوتِ حمل طلب کرے۔ ان دونوں مثالوں میں قدیم طریق کارروائی یہ تھا کہ ۱۲ متاہل یا سمجھدار عورتوں کی ایک جیوری مرتب کی جاتی تھی کہ وہ مطلوبہ تفتیش انجام دے کر عدالت کو اطلاع دیں۔ قانون رسمی طور پر اب بھی اسی طرز کارروائی کی پابندی ضروری قرار دیتا ہے لیکن اب جیوری کی مدد کے لئے ایک طبیب ہوتا ہے اور اصل امتحان وہی کرتا ہے۔ (ج) جب کوئی مغویہ عورت حاملہ ہونے کے باعث بہت زیادہ ہرجانہ طلب کرے (د) جب کوئی غیر متاہل یا بیوہ عورت یا کوئی متاہل عورت جو خاوند سے الگ ہو کر رہتی ہو یہ بیان کرے کہ اسپر حاملہ ہونے کی توہین آمیز تہمت لگائی گئی ہے (ہ) جب کسی

شخص یا اشخاص کی مجرمانہ غفلت کے باعث کسی عورت کا خاوند مر جائے اور وہ اس نقصان کے معاوضہ میں اور نازائیدہ بچے کی آئندہ پرورش کے لیے ہرجانہ کی دعویدار ہو۔

جب کوئی طبیب مشکوک حمل یا اسقاط حمل یا قدرتی زچگی کے کسی واقعہ کے متعلق تفتیش کرنے لگے تو اس پر لازم ہے کہ عورتوں کے طبی امتحانات کے متعلق جو تنبیہ پہلے کی جا چکی ہے اس کو مد نظر رکھے۔ نہ صرف عورت کی اجازت ہی حاصل کرنی چاہیئے بلکہ مشتبہ عورت کو یہ بھی جتا دینا چاہیئے کہ اگر اس کے امتحان سے کوئی منظر ایسا دریافت ہوا جو اس کو مجرم ظاہر کرے تو وہ بطور شہادت اس کے خلاف استعمال کیا جا سکے گا۔

اماراتِ حمل

حمل کی موجودگی کی ان تمام مختلف علامات کا جو ماہران قبالت کے لئے 96
اہمیت رکھتی ہیں مبسوط بیان طب قانونی کی کتاب میں بے محل ہوگا۔ طبی قانون داں کو جو حلفیہ بیان دینا ہے وہ اس امر کے متعلق نہیں ہے کہ فلاں عورت کے حاملہ ہونے کا گمان غالب ہے یا نہیں بلکہ اسکے متعلق ہے کہ وہ حقیقت میں حاملہ ہے یا نہیں۔ حمل کی علامات میں سے اکثر محض قیاسی ہوتی ہیں۔ اور اگرچہ ایک نہایت ہی تجربہ کار ماہر قبالت حقیقتاً تشخیصی امارات کی عدم موجودگی میں بھی خاصہ صحیح اندازہ لگا سکتا ہے لیکن جب تک کہ ناقابل تردید امارات موجود نہ ہوں تو وہ کوئی قطعی بیان دینے میں تامل کرے گا۔

جن دو امارات کی بنا پر شادی شدہ عورتیں اپنی حالت معلوم کر لیتی ہیں وہ یہ ہیں۔ حیض کی عارضی رکاوٹ اور ورم تکاضی کا احساس۔ اس امر کے مد نظر کہ جس عورت سے استفسار کیا جاتا ہے وہ ایک مخالف گواہ ہوتی ہے ان دونوں امارات میں سے ایک بھی ایسی نہیں جو طبی قانون داں کے کام کی ہو۔ بالعموم عورت

طبیب کے ذہن میں یہ خیال بٹھانا چاہتی ہے کہ وہ حاملہ ہے (اور بعض واقعات میں صورت حالات اس کے برعکس ہوتی ہے)۔ لہٰذا اس بارے میں عورت کے بیانات پر کوئی اعتبار نہیں کیا جا سکتا۔ ان امارات کے متعلق اگر سچا بیان بھی دیا جائے تو بھی اس کی کچھ اہمیت نہیں کیونکہ حیض کا بند ہونا حمل کے سوا دوسرے اسباب سے بھی ہو سکتا ہے۔ اور ارتکاض کا جو احساس ہے وہ ایک موضوعی علامت ہے اور ایسی عورتوں تک میں ناقابل اعتبار ہے جو گذشتہ حملوں میں اس کا تجربہ کر چکی ہوں۔ حمل کے بالکل ابتدائی مہینوں میں پستان بڑھ جاتے، منحت ہو جاتے اور چھونے پر زیادہ حس پذیر معلوم ہوتے ہیں۔ اور بھٹنیوں کے خطے میں گرہ دار ڈوریاں بھی محسوس ہوتی ہیں۔ حلمہ کے گرد کے حلقے متورم اور چمکیلے دکھائی دیتے ہیں اور لون کی افزونی کے باعث سیاہ تر رنگ اختیار کر لیتے ہیں خاصکر سیاہ جلد والی عورتوں میں۔ حلقوں کے محیط کے گرد اگرد متعدد مرتفع گرہکیں بن جاتی ہیں جو فعال دُہنی غدد کے وجود پر دلالت کرتی ہیں۔ اگر پستانوں کو نرمی سے دبایا جائے تو حلمیوں سے دودھ کی مانند ایک افراز ٹپکنے لگتا ہے۔ تیسرے مہینے کے قریب شکم میں تمدد کی علامات نمودار ہونے لگتی ہیں۔ اور اس وقت رحم خطہ خثلیہ (hypogastium) میں واقع ہوتا ہے۔ پہلے تین مہینوں میں اس عضو کا ناشپاتی نما خاکہ قائم رہتا ہے۔ بعد ازاں اس میں جانبی نمو واقع ہو کر یہ زیادہ بیضہ نما ہو جاتا ہے۔ اگر شکمی دیواروں میں سے رحم کی شکل کا ٹھیک ٹھیک امتحان ممکن ہو تو حاملہ رحم کی شکل کی بنا پر اور تماس پر اسکی حرکت پذیری اور لچکداری کی بنا پر۔ ایک تجربہ کار طبیب ابتدائی مہینوں میں خاصی تشخیص کر سکتا ہے۔ اس زمانہ میں یا اس کے تھوڑے سے ہی عرصہ بعد جس کے ذریعہ رحم کی دیواروں کے متبادل انقباض و انبساط کا پتہ چلتا ہے۔ عنق کا نہبلی حصہ مصل کی دربریزی سے نرم اور ملائم ہو جاتا ہے، اور فم کے کنارے مدور ہو جاتے ہیں۔ گرد و پیش کے حصص کے عمومی تورم کی وجہ سے ایسا معلوم ہوتا ہے کہ عنق چھوٹی ہو گئی ہے۔ نہبل کی غشاء مخاطی ازرق منظر اختیار کر لیتی ہے اور فرج کی چھوٹی وریدیں بڑی اور نمایاں ہو جاتی ہیں۔ دو دستی امتحان (bimanual examination) یعنی ایک ہاتھ سے قاعدہ کو پکڑنا اور دوسرے

ہاتھ کی پہلی اور درمیانی انگلیوں کو مہبل کے اندر فم پر رکھنا اس سے رحم کی جسامت دریافت کرتے ہیں اور غالباً ابتدائی مہینوں ہیں دونوں ہاتھوں کی مشکانی حرکت سے ذریعہ رحم کے اندر کسی حرکت پذیر جسم کا وجود دریافت کرنے میں عامل کو مدد ملتی ہے۔ رحمی خرخرپز (uterine souffle) ایک پھونک کی آواز ہوتی ہے جو ماں کی نبض کے معاصر (synchronous) ہوتی ہے۔ یہ زیادہ تر ان شریانوں میں پیدا ہوتی ہے جو عنق پر جاتی ہیں، لیکن آواز رحم کے مختلف حصوں میں بھی پھیل جاتی ہے۔ یہ چوتھے مہینے یا اس سے بھی پہلے سنی جا سکتی ہے۔

اب تک جو امارات گنائی جا چکی ہیں وہ اگرچہ معنی خیز ہیں لیکن قطعی نہیں ہیں۔ حمل کی ایسی صرف دو ہی امارات ہیں جو ناقابل تردید ہیں۔ جنینی قلب کی آوازیں اور شکم کی دیواروں میں سے جنینی اعضا اور جنینی حرکت کا محسوس ہونا۔ جنینی قلب کی ضربات فی منٹ ۱۲۰ سے لیکر ۱۶۰ کی رفتار سے ہوتی ہیں اور اس کی آواز گھڑی کی ٹک ٹک سے مشابہ ہوتی ہے جو کان سے کچھ فاصلہ پر رکھی ہو۔ اگر جنین معمولی مقام پر ہو تو یہ آوازیں ناف کی بائیں جانب اور ذرا اس کے نیچے سب سے اچھی سنائی دیتی ہیں۔ یہ ۱۸ ویں یا بیسویں ہفتہ کے قریب مسموع ہو جاتی ہیں لیکن کبھی کبھی اس سے پہلے بھی سنائی دیتی ہیں۔ اگر بچہ کے گردھل (liquor amnii) کی غیر معمولی طور پر زیادہ مقدار ہو، یا ماں کے شکم پر چربی کی موٹی تہ موجود ہو، تو قلب جنینی کی آوازیں اول تو سنی ہی نہیں جاتیں اور اگر سنی بھی جاتی ہیں تو بہت مشکل سے محتاط جس سے بچہ کے بدن کے ان حصوں کو جو ماں کے شکم کی جدار وں میں سے قابل رسائی ہیں تمیز کیا جا سکتا ہے اور زندہ بچہ کی حرکات کو محسوس کیا جا سکتا ہے۔ وہ حالات جو قلب جنینی کی آوازوں کو پہچاننے میں سدراہ ہوتے ہیں غالباً وہ جنینی اعضا پر دست درازی کرنے میں بھی مانع ہوں گے تاوقتیکہ بچہ کے جسم کا خاکہ شناخت نہ ہو، حرکت کے ادراک پر حمل کے ثبوت کی حیثیت سے اعتماد نہیں کیا جا سکتا کیونکہ ممکن ہے مادری شکم کے عضلات مستقیمہ کے انقباض پر بچہ کی حرکات کا دھوکا ہو۔ اگر بچہ مردہ ہو تو حمل کی واحد قطعی امارت جنینی اعضاء کی شناخت ہوتی ہے۔ ۵۷

چونکہ حمل کے پہلے ۱۸ مہینوں میں حمل کی ناقابل تردید امارات دستیاب

نہیں ہوتیں، اس لئے جب تک یہ مدت گزر نہ چکے، کوئی قطعی حلفیہ بیان دینا ممکن نہیں جو کہ اعتراف ہے اس امر کے کہ حمل کا وقوع قطعی طور پر اس وقت تک تشخیص نہیں ہو سکتا جب تک کہ ارتکاض (quickening) نہیں محسوس ہوتا۔ دو ہفتہ کے عرصہ کے مفروضہ حمل کا امتحان کرنے پر اگر منفی نتیجہ برآمد ہو تو اس سے یہ ثبوت حاصل نہیں ہوتا کہ یہ عورت حاملہ نہیں ہے۔ امارات حمل کی شناخت میں وہ مشکلات جو کہ پیشتر مذکور ہو چکی ہیں سدِ راہ ہو سکتی ہیں اور بچہ کے چھوٹا اور کمزور حیثیت کا ہونے سے ایک مزید مشکل پیدا ہو سکتی ہے۔ جیسا کہ باقی تمام قضیوں میں پیش آتا ہے منفی کی بہ نسبت مثبت قضیہ کا ثابت کرنا آسان تر ہوتا ہے۔ اگر جنینی قلب کی آوازیں سنائی دیں تو پھر خواہ جسم محسوس ہو یا نہ ہو، حمل ایک ثابت شدہ حقیقت ہے۔ اگر دونوں میں ایک بھی علامت دریافت نہ ہو تو اس وقت کسی مثبت نتیجہ پر نہیں پہنچ سکتے۔ حمل کی معنی خیز علامات اس طرح کے حالات میں اہمیت رکھتی ہیں کہ آیا یہ توقف کرنے اور بعد ازاں مکرر امتحان کرنے کی ضرورت ظاہر کرتی ہیں یا نہیں۔ بالعموم حمل کا ادعاء کرنے والی عورت یہ بیان کرتی ہے کہ اس کا حمل کئی مہینے کا ہو چکا ہے اس لئے بیان کردہ کیفیت کی کچھ نہ کچھ علامات موجود ہوں گی، لیکن اگر وہ یہ بیان کرے کہ وہ حال ہی میں بارور ہوئی ہے تو مزید امتحان ملتوی رکھنا چاہیئے، خواہ حمل کی علامات موجود ہوں یا نہ ہوں۔

حمل کے بعد الموت مناظر

اس عنوان کے ماتحت بہت کم کہنے کی ضرورت ہے۔ ذی حیات میں جو حمل کی بہت سی معروضی امارات پائی جاتی ہیں ان کے علاوہ دو مزید علامات بیان کی جاتی ہیں جن میں صرف پہلی ہے جو اہمیت رکھتی ہے۔ (ا) بیضہ اور خملات کی موجودگی یا مشیمی چپیدگی بمعیت جنین کی موجودگی۔ (ب) بیضوں میں سے کسی ایک میں نام نہاد صادق جسم اصفر (corpus luteum) کی موجودگی۔ اگر کوئی بارونشد

بیضہ جو اس قدر نمو یافتہ ہو کہ اس کے بارور شدہ ہونے کی شناخت ہو سکے، موت کے بعد رحم میں (یا بے محل حمل کی صورت میں دیگر جگہ) پایا جائے تو حمل ایک ثابت شدہ حقیقت ہے۔ حمل کے بعض غیر طبعی حاصلات بیضہ یا جنین کی جگہ لے لیتے ہیں۔ اس لئے لازم ہے کہ ایسے غیر طبعی حاصلات اور دیگر مرضیاتی حالتوں کے درمیان جو حمل سے علیحدہ وقوع پذیر ہوتی ہیں فرق کیا جائے۔ حمل کے یہ غیر طبعی حاصلات جنینات کاذبہ (moles) کہلاتے ہیں اور یہ دو قسم کے ہوتے ہیں، دموی جنین کاذب اور کیسکی جنین کاذب۔

دموی جنین کاذب۔ یہ جنینی غشاؤں میں نزف واقع ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ جنین مر جاتا ہے جسکی وجہ دباؤ ہے جبکہ یہ دباؤ یا تو کہفۂ جنینی میں سلی اور انفس کے ابھر آنے سے پیدا ہوتا ہے یا سلی کے پھٹنے اور کہفۂ جنینی کے خون سے بھر جانے سے پیدا ہوتا ہے جنین کی تعطین ہو کر جنین غائب ہو جاتا ہے، یا اگر بیضہ پھٹ جائے تو اسکے باہر نکل جاتا ہے۔ اگر جھلیاں خون کے تھکوں سمیت رحم میں دیر تک پڑی رہیں تو ممکن ہے کہ ان میں کلسی جماؤ پیدا ہو جائیں۔ بعض صورتوں میں سلی اور انفس کے متمد د ہو جانے سے وہ کچھ بن جاتا ہے جو کہ دموی دورہ کہلاتا ہے۔ دموی جنین کا ذب نارنگی کی جسامت سے شاذ و نادر ہی متجاوز ہوتا ہے۔ یہ جنین کاذب ایک ایسے جنین کے ہمراہ بھی پایا جا سکتا ہے جو طبعی نمو پا رہا ہو، بوجہ توامی حمل ہونے کے جس میں ایک بیضہ نمو پاتا ہے اور دوسرا انحطاط پذیر ہو جاتا ہے 98

کیسکی وحمہ خملات ملوی کے کیسکی انحطاط سے بنتا ہے۔ اس کا منظر کثیر التعداد کیسکوں کا ہوتا ہے جو آلپن کے سر کی جسامت سے لیکر بیضۂ کبوتر کی جسامت تک اختلاف پذیر ہوتے ہیں! ایسا معلوم ہوتا ہے گویا کیسکوں کو لڑیوں میں پرو دیا گیا ہے، یہی دوبرات خملات کی لمبائی کے ساتھ ساتھ بنتے ہیں یہ دوبرات ایک سیال سے پُر ہوتے ہیں جو کہ مخاط اور البیومن (albumen) کے مختلف تناسبوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ جنین مر جاتا ہے۔ اور اگر عمل انحطاط حمل کے اوائل دور میں شروع ہو گیا ہو تو ممکن ہے کہ وحمہ کا امتحان کرتے وقت

جنین کے تمام آثار غائب ہو چکے ہوں لیکن اگر یہ اس سے زیادہ دیر کے بعد شروع ہوا ہو تو ممکن ہے کہ جنین یا مضغہ کے باقیات پائے جائیں۔

یہ امر قابل افسوس ہے کہ سلوہی خملات کے کیسکی انحطاط پر کیسیتی وحمہ (hydatid mole) کے لفظ کا اطلاق کیا گیا ہے حالانکہ مذکورہ حالت صادق کیسیہ (hydatid) سے کچھ تعلق نہیں رکھتی۔ ان کے درمیان جو فرق کیا جاتا ہے، اس سے محض مرضیاتی صحت بیانی ہی مقصود نہیں بلکہ اس سے ایک اہم سوال کا تصفیہ ہوتا ہے یعنی آیا کیسیتی وحمہ (hydatid mole) حمل سے الگ بھی بن سکتا ہے۔ متذکرہ صدر بیان سے یہ ظاہر ہے کہ نام نہاد کیسیہ یا کیسکی جنین کاذب حمل کے حاصلات کے انحطاط سے پیدا ہوتا ہے، لہٰذا یہ صرف حمل ہی کے نتیجہ کے طور پر وقوع پذیر ہو سکتا ہے۔ رحم میں صادق کیسیہ (hydatid) بہت شاذ و نادر پایا جاتا ہے۔ گنزبرگ (Gunsburg) نے ایک واقع کی اطلاع دی ہے کہ اس میں رحم کے زیریں حصے سے اُگے ہوئے کیسیہ سے وضع حمل میں رکاوٹ پیدا ہو گئی، اور اس نے بیان کیا ہے کہ اس نے حوض (pelvis) کے کہفہ میں کیسیتی سلعہ کی صرف چار ہی مثالیں پائیں۔

جسم اصفر (corpus luteum) مزمانۂ سابقہ میں یہ تصور کیا جاتا تھا کہ نام نہاد صادق اور کاذب جسم اصفر کے درمیان جو فرق ہے وہ دوران حیات میں حمل یا عدم حمل کی حالت ہونے کا بجائے خود ثبوت ہے۔

جسم اصفر کاذب۔ جو حیض کا جسم اصفر بھی کہلاتا ہے یہ معمولی حالات کے ماتحت نمو نہیں پاتا ہے۔

جسم اصفر صادق یا حمل کا جسم اصفر استقرار حمل کے بعد کئی ماہ تک نمو پاتا رہتا ہے، اور بہت بڑی جسامت تک پہنچ جاتا ہے۔ نمو کی اس زیادتی کا سبب وہ دوران خون کی بڑھی ہوئی فعالیت اور غالباً وہ پرورشی عصبی اثرات ہیں جو رحم میں بیضہ کی موجودگی کا نتیجہ ہوتے ہیں لیکن اس قسم کی زیادتی عضلی سلعات اور رحم کی دیگر مرضیاتی حالتوں

کا نتیجہ بھی ہو سکتی ہے۔ برخلاف اس کے استقرار حمل کا وقوع جسم اصفر کے ساتھ بنے بغیر بھی ہو سکتا ہے۔ طبی قانونی اغراض کے لحاظ سے یہ تسلیم کیا جاسکتا ہے کہ حمل یا عدم حمل کے ثبوت کی حیثیت سے جسم اصفر کو کوئی تشخیصی وقعت حاصل نہیں ہے۔

امارات وضع حمل

حالیہ وضع حمل کا سوال طبی قانون دان کے مشاہدہ میں بسا اوقات بچہ کشی یا اخفا ولادت کے سلسلہ میں آتا ہے۔ دیوانی مقدمات میں ممکن ہے کہ وضع حمل کی تحقیق کرنے کی ضرورت پیش آئے۔ غیر شادی شدہ عورتوں کی عصمت کے خلاف اتہامات کے سلسلہ میں اور دیگر حالات میں حالیہ وضع حمل کے وقوع کے متعلق رائے طلب کی جاسکتی ہے۔

اگر پہلے حالیہ وضع حمل پر بحث کی جائے تو اس مضمون کو اس طرح تقسیم کیا جاسکتا ہے وہ امارات جو ذی حیات میں مشاہدہ ہو سکتی ہیں اور وہ امارات جو مردہ میں مشاہدہ ہو سکتی ہیں۔

99 میعاد پر حالیہ زچگی کی امارات زندہ میں

جس عورت میں ولادت میعاد پر وقت امتحان سے دو تین دن قبل ہوئی ہو، اس میں کم وبیش مندرجہ ذیل مناظر پائے جاتے ہیں۔ بالعموم اس کی صورت سے کسی قدر ماندگی پائی جاتی ہے جیسے کوئی عورت کسی بیماری سے صحت پاکر اٹھی ہو۔ زیرین پپوٹا اور اس کا ماحول ایک درجہ تک جو فرد کے رنگ روپ کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ ملوّن ہوتا ہے۔ شائد درجہ تپش ذرا بلند ہو نبض وضع حمل کے فوراً بعد دھیمی ہو جاتی ہے۔ پھر تیز ہو جاتی ہے اور پھر دھیمی

ہوجاتی ہے اور کئی دن تک اسی حالت میں رہتی ہے۔ نبض پُر ہوتی ہے لیکن شریانی تناؤ میں کوئی زیادتی نہیں پائی جاتی۔ جلد مرطوب ہوتی ہے۔ چھاتیاں بھری ہوئی اور لچکدار ہوتی ہیں یا ممکن ہے کہ یہ سخت اور گرہک دار ہوں۔ اوپری وریدیں دکھائی دیتی ہیں۔ حلموں کا ذکر حالت حمل کے عنوان کے تحت آچکا ہے۔ لبائی سیال (colostrum) جس کا کہ شروع میں افراز ہوتا ہے یہ صادق دودھ نہیں ہوتا۔ یہ لسدار ہوتا ہے اور اس میں زرد ذرّات ہوتے ہیں جو خالی آنکھ سے نظر آسکتے ہیں۔ خرد بینی امتحان سے بڑے بڑے جسیموں کا وجود پایا جاتا ہے جو کہ لبائی جسیمے کہلاتے ہیں۔ یہ جسیمے متعدد شحمی ذرّات پر مشتمل ہوتے ہیں جو ایک شفاف مادے سے باہم متحد ہوتے ہیں، ہیڈن ہین (Heidenhain) کے خیال میں یہ جسیمے جو فیبزی سر حلمہ کے خلیات ہیں جو گول اور مدہم سے دانے دار ہوجاتے ہیں اور بالآخر جو فیزوں سے شحمی ذرّات لے لیتے ہیں۔ یہ ایلسٹک ترشے سے سلوک کرنے پر نواۃ ظاہر کرتے ہیں۔ صادق دودھ میں لبائی (colostrum) جسیمے بہت کم ہوتے ہیں اور لبائی کی نسبت البومن کم موجود ہوتا ہے۔ شکم کی دیواریں ڈھیلی اور شکنداد ہوتی ہیں اور ان کے نیچے رحم ایک سخت اور گول گیند کی طرح محسوس ہوتا ہے۔ عنق نرم اور اندرونی فم کی طرف کھلی ہوتی ہے۔ بیرونی فم فراخ ہوتا ہے۔ شفرتین کو فتہ اور ممکن ہے کہ پھٹے ہوں۔ اندرونی فم اول چوبیس گھنٹہ کے عرصہ میں بند ہونے لگتا ہے، اور بیرونی فم بہت مدت تک فراخ رہتا ہے۔ مہبل کشادہ اور ڈھیلی ہوتی ہے اور اس کے شکن غائب ہوتے ہیں۔ مہبل کے دہانہ پر جو غشاء مخاطی ہوتی ہے اس میں بالعموم چند خفیف چاک نظر آتے ہیں۔ خاصکر اول الولادت عورتوں (primiparæ) میں اور ان میں پردۂ بکارت کے ماںقیات کامل طور پر برباد ہو چکے ہوتے ہیں جیسا کہ تازہ سوجی ہوئی گرہکوں سے عیاں ہوتا ہے لیحمات آسیہ [carunculæ] [myrtiformes] فرج متورم اور پھٹی ہوئی ہوتی ہے۔ بالخصوص عجانی پہلو میں خلفی ملتقی (posterior commissare) بالعموم مشقوق ہوتا ہے اور بعض مثالوں میں عجان دریدہ ہوتا ہے۔ لوکیا۔ (lochia) جو پہلے پہل تقریباً خالص خون کا ہوتا ہے

تیسرے دن ایک مصلی سیال میں تبدیل ہو جاتا ہے جو کم وبیش خون سے رنگین ہوتا ہے اور سر حلمہ، مخاط، ارتشاحی جسیموں اور جھلی کے ریزوں پر شامل ہوتا ہے۔ بعد میں خون کم ہو جاتا ہے اور اس کی جگہ شحمی ذرات اور پیپ لے لیتے ہیں اور اسکا رنگ بدلکر زردی مائل سے سبزی مائل ہو جاتا ہے۔ لوکیا کی مقدار اور مدت اختلاف پذیر ہے۔

تازہ وضع حمل کی امارات پہلے چند دن تک خوب نمایاں ہوتی ہیں۔ ایک ہفتہ گزرنے کے بعد ان کی شناخت میں زیادہ وقت ہوتی ہے، اور دو ہفتے میں تو وہ یہاں تک غائب ہو جاتی ہیں کہ حالیہ وضع حمل کی قطعی تشخیص ناممکن ہو جاتی ہے۔ یہ امر یاد رکھنا چاہیئے کہ شمار کردۂ فوق امارات سے وہ امارات مراد ہیں جو میعاد کے وضع حمل کے بعد رہ جاتی ہیں۔

میعاد پر حالیہ وضع حمل کی امارات مردہ میں

زندہ میں جو علامات دستیاب ہو سکتی ہیں ان کے علاوہ جب اس عورت کی لاش کا کہ جس کی حال میں زچگی ہوئی ہو امتحان کیا جاتا ہے تو رحم اور اس کے متعلقات کا عینی مشاہدہ ممکن ہوتا ہے۔ اگر ہلاکت وضع حمل کے فوراً بعد یعنی حکشش (involution) کے آغاز سے قبل واقع ہوئی ہو تو رحم ایک ڈھیلی سی تھیلی کا منظر پیش کریگا جو ۹ یا ۱۰ انچ لمبی اور جس کا منہ بے حد کشادہ ہوتا ہے۔ اندر سے اس کی سطح بے قاعدہ ہوتی ہے اور خون کے تھکول، غشاء ساقطہ کے ٹکڑوں اور لمف (lymiph) کے گالوں سے ڈھکی ہوتی ہے۔ جس حصہ پر کہ مشیمہ چسپیدہ تھا اس کی عضلی ساخت پوشش سے معرا ہوتی ہے اور اس کا رنگ باقی عضو کی بہ نسبت گہرا ہوتا ہے۔ یہاں منسع شدہ وریدوں کے فتحات بڑے بڑے حفر یزات کی صورت میں دکھائی دیتے ہیں۔ عنق تطویل شدہ اور جسم رحم کی دیواروں کی بہ نسبت بہت زیادہ پتلی اور لبا اور قاش
100 کوفتہ اور ابکدام (ecchymosed) منظر پیش کرتی ہے۔ مہبل کشادہ ڈھیلی اور شکن سے مبرا ہوتی ہے۔ غالباً کسی ایک بیض میں نام نہاد صادق جسم اصفر (corpus luteum)

پایا جائے گا۔

میعاد پر زمانہ ماضی کے وضع حمل کی امارات زندہ میں

اگر کسی عورت نے زمانہ ماضی میں بچہ جنا ہو تو عدیم الولادت عورتوں کی نسبت اس کے پستان زیادہ لٹکے ہوئے اور زیادہ ڈھیلے اور اسکے حلمے بالعموم زیادہ ابھرے ہوئے اور اس کے ہالیہزے زیادہ گہرے رنگ کے ہوتے ہیں۔ اسکے شکم کی دیواریں بھی اتنی سخت اور لچکدار نہیں ہوتیں۔ بالعموم شکم کی جلد پر سیمیں تاب دھاریوں کے نشانات ہوتے ہیں۔ یہ نشانات حمل کے بعد ہمیشہ نہیں ملتے اور ان زچاؤں میں سے جو پوری میعاد کو پہنچتی ہیں تقریباً ۹ فیصدی ایسی ہوتی ہیں جن میں یہ مفقود ہوتے ہیں۔ یہ نشانات حمل کے علاوہ دوسرے اسباب سے بھی پیدا ہوتے ہیں۔ مثلاً یہ باریطونی سلعات، شکمی استسقاء، اور بعض رسولیوں سے پیدا ہوتے ہیں اور ٹانگوں پر تپ محرقہ (typhoid) اور ٹائفس (typhus) تپ سے پیدا ہوتے ہیں۔ حاملہ عورتوں میں پستانوں پر بھی ظاہر ہوتے ہیں۔ اگرچہ اکثر اوقات ان کو ندبات کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے، لیکن یہ ایک بافت کی بجائے دوسری بافت بن جانے کا نتیجہ نہیں ہوتے جو کہ ندبہ کی خاصیت ہے۔ ان کا سبب جلد کے بعض عنصروں کا جزوی طور پر جذب ہو جانا اور بعض عنصروں میں رد و بدل واقع ہونا ہے۔ ادمہ کی لیفی بافت جو کہ طبعاً ایک قسم کی گھنی جالی کی صورت پر ترتیب یافتہ ہوتی ہے از سر نو متوازی خطوط کی صورت میں جو ایک جانب سے دوسری جانب گزرتے ہیں ترتیب پاتی ہے جلدی حلیموں کی جسامت ذبول کی وجہ سے گھٹ جاتی ہے اور یہ زیادہ دور دور منتشر ہو جاتے ہیں شفرتین زیادہ کشادہ ہوتے ہیں اور بالعموم خلفی ملتقی (posterior commissure) کا قائم مقام ایک ندبہ ہوتا ہے جو عجان تک پھیلا ہوتا ہے۔ نہ صرف پردۂ بکارت کی جگہ لحیمات آسیہ (caruncIæ myrtiformes) لے لیتے ہیں بلکہ ان گرہکوں کا تسلسل جن سے یہ

لیمات ــــ بنے ہوتے ہیں معدوم ہو جاتا ہے ان لیمات کی تکوین مباشرت کا نتیجہ ہوتی ہے لیکن پردۂ بکارت کا قاعدہ، یعنی وہ جگہ جو کہ مہبل کی غشاء مخاطی کے دوہراؤ سے بنتی ہے، باقی رہتی ہے۔ یہ قاعدہ مکمل طور پر صرف اس وقت برباد ہوتا ہے جب بچہ کا سر گذرتا ہے۔ مہبل اس سے زیادہ کشادہ اور ہموار ہوتی ہے کہ جتنی بچہ کی ولادت سے پیشتر ہوتی ہے، اور شاید اس کی مقدم دیوار قنال کے درونہ میں ابھری ہوئی ہو عنق الرحم بے قاعدہ ہوتی ہے۔ فم شکستدار اور مشقوق عدیم الولادت (nulliparous) عورتوں کی بہ نسبت زیادہ مفتوح اور مدور ہوتا ہے اور اس میں انگلی کی نوک داخل کی جا سکتی ہے۔

یہ امارات سب سے زیادہ نمایاں ان عورتوں میں ہوتی ہیں جنہوں نے بہت سے بچے جنے ہوں اگر کسی عورت نے وقت امتحان سے بہت پہلے کے زمانہ میں ایک ہی بچہ جنا ہو، تو اکثر امارات مفقود ہوں گی۔ وہ عورتیں سب سے زیادہ فریب دہ منظر پیش کرتی ہیں، جنہوں نے پوری میعاد سے کم کا ایک ہی بچہ جنا ہو۔ ان مثالوں میں چند سال کے گذرنے پر شاید اس امر کی کچھ بھی علامت موجود نہ ہوں کہ عورت کو وضع حمل ہوا تھا، اور شاید اس قسم کے دو تین وضع حمل بھی کوئی اثر نہ باقی چھوڑیں اور ایسی عورت میں عدیم الولادت (nullip ara) کے تمام اوصاف ممیزہ پائے جائیں۔

میعاد پر زمانۂ ماضی کے وضع حمل کی امارات مردہ میں

زندہ میں وضع حمل کی امارات شہادت کے علاوہ واحد شہادت جو ہمیں حاصل ہوتی ہے وہ رحم کے کہفہ اور دیواروں کے مشاہدہ سے حاصل ہوتی ہے۔ جس رحم میں بچہ رہ چکا ہو، وہ ہمیشہ کے لئے اس سے زیادہ بڑا اور زیادہ بھاری رہتا ہے کہ جتنا وہ باکرہ حالت میں تھا اس کی دیواریں زیادہ دبیز ہوتی ہیں اور کہفہ کا خاکہ اتنا زیادہ مثلث نہیں ہوتا یعنی اس جگہ پر جہاں نالوپی انبوبیں

(Fallopian tubes) داخل ہوتی ہیں وہاں پر زاویے گول ہو جاتے ہیں۔ بیرونی فم کے گذشتہ چاکوں کے متعلق تبدیلی بے قاعدگیوں کی صورت میں شہادت دکھائی دیتی ہے لیکن ممکن ہے کہ کسی خاص مثال میں ذی اولاد (parous) اور عدیم الولادت عورت (nulliparous) میں اتنا زیادہ فرق نہ ہو کہ جس کی بنا پر فیصلہ کیا جا سکے[۱]۔

101

باب ۱۴

مجرمانہ اسقاطِ حمل

CRIMINAL ABORTION

طبّی زبان میں اسقاط حمل سے مراد جنین یا مضغہ کا قابلِ حیات زمانہ سے قبل یعنی حمل کے اٹھائیسویں ہفتہ سے پہلے گر جانا ہے۔ اگر یہ ولادت اٹھائیسویں ہفتہ سے بعد لیکن پوری میعاد سے قبل ہو تو وہ پیش از وقت وضع حمل کہلاتی ہے۔ املاص (miscarriage) کا لفظ قبل از میعاد ہر قسم کے انقطاع حمل کے لئے استعمال ہوتا ہے قانونی نقطہ نگاہ سے اسقاط حمل کی اصطلاح میں مذکورہ بالا دونوں زمانے شامل ہیں۔ لہٰذا مجرمانہ اسقاطِ حمل کے معنی پوری میعاد سے قبل حمل کے کسی بھی زمانہ میں حاملہ رحم کے مشمولات کو خلاف قانون خارج کرنا ہے۔ یہ امر قابل لحاظ ہے کہ اس تعریف میں اطبا کے لئے پیش از وقت وضع حمل کے امالہ کی کوئی رعایت نہیں رکھی گئی، قانون اس عمل کو اس حیثیت سے تسلیم نہیں کرتا کہ اس کے جواز کو مستثنیٰ قرار دیا جائے۔ لہٰذا اطبا کو لازم ہے کہ جب ان کو ماں کی جان بچانے کی خاطر یا کسی دیگر نیک نیت سے، پیش از وقت وضع حمل کروانا ہو تو وہ اپنے آپ کو

[۱] See Trans. of the Obstetrical Society, vols. xvii and xviii.

بچانے کے لئے تمام متعلقین پر عملیہ کا مقصد اور اس کی ضرورت واضح کر دیں اور بشرط امکان کسی رفیق کار کی اخلاقی حمایت بھی حاصل کر لیں۔ بعض ایسی صورتیں ایسی ہیں کہ ان میں عملیہ کی ضرورت کو ہمہ گیر طور پر تسلیم کیا جاتا ہے۔ اگر ایسی صورتوں میں طبیب علانیہ کام کرے تو وہ ان تعزیرات سے جو قانون عائد کرتا ہے، بری قرار دیا جاتا ہے۔ اس کا مطلب یہ نہیں ہے کہ قانونی کارروائی ہی عمل میں نہیں لائی جا سکتی۔ لیکن یہ ہے کہ ہرگز اس کو مجرم قرار نہیں دیا جائیگا۔ اس قانون کی تصریح اس طرح کی جاتی ہے۔

جو کوئی عورت، حاملہ ہو اور اپنا اسقاط حمل انجام دینے کی نیت سے خلاف قانون کسی زہر یا دیگر مضرت رساں شئے کا استعمال کرے یا اس نیت سے کسی اوزار یا کسی بھی دیگر ذریعہ کا خلاف قانون استعمال کرے۔ اور جو کوئی کسی عورت کا اسقاط حمل کرانے کی نیت سے عام اس سے کہ وہ حاملہ ہو یا نہ ہو اس کو خلاف قانون کسی زہر یا دیگر مضرت رساں شئے کا استعمال کرائے یا اس کے استعمال کرنے کا محرک ہو یا ایسی نیت سے خلاف قانون کسی اوزار یا کسی بھی ذریعہ کا استعمال کرے تو وہ جرم شدید کا قصوروار ہوگا۔

جو کوئی شخص زہر یا دیگر مضرت رساں شئے یا کوئی اوزار یا چیز بھی خلاف قانون بہم پہنچائے گا، یا حاصل کرکے دیگا یہ جانتے ہوئے کہ اسے کسی عورت کے اسقاط حمل کے انجام دینے کی غرض سے خواہ وہ عورت حاملہ ہو یا نہ ہو اسے خلاف قانون استعمال کرنا مقصود ہے تو وہ جرم خفیفہ کا قصوروار ہوگا۔ (۲۴-۲۵ وکٹوریہ چارٹر ۱۰۰ دفعات ۵۸-۵۹)۔

سب سے پہلے اس بیان کی طرف توجہ منعطف کرانے کی ضرورت ہے کہ جرم فعل کی نیت پر منحصر ہوتا ہے۔ اگر اسقاط حمل واقع کرنے کے لئے ذرائع اختیار کئے جائیں تو یہ امر کوئی وقعت نہیں رکھتا کہ عورت حقیقۃً حاملہ ہے یا نہیں۔ مزید براں اگر عورت حاملہ ہو تو جرم اس امر سے مشروط نہیں ہے کہ اسقاطِ حمل انجام دینے کے اقدام پر اسقاط حمل حقیقت میں واقع ہو جائے۔ اگر ایک عورت اسقاط حمل کروانے کی غرض سے اپنے کو کسی شخص کے

حوالے کر دیتی ہے اور اس کے نتیجہ کے طور پر مر جاتی ہے تو عملیہ کرنے والا
یا دوا استعمال کرانے والا قتل عمد کا مجرم ہوگا، اگرچہ عورت کی موت واقع
کرنا اس شخص کی نیت میں داخل نہ تھا۔ اگر استعمال شدہ ذرائع اس نوعیت کے
ہیں کہ زندگی کے لئے خطرناک نہیں ہیں تو یہ جرم گھٹ کر قتل انسان کا جرم رہ جاتا
ہے۔ اس امر کی وجہ سے طبی گواہوں پر بہت بڑی ذمہ داری عائد ہوتی ہے۔ محولہ بالا
قانون (act) کی جو دو دفعات ہیں ان میں سے پہلی میں بیان کیا گیا ہے کہ زہر
یا دیگر مضرت رساں شئے کا اسقاط حمل انجام دینے کی غرض سے استعمال کروانا
جرم شدید ہے۔ اب سوال پیدا ہوتا ہے کہ کونسی شئے مضرت رساں ہے؟
102 ایک چیز جو کیسی ہی بے ضرر کیوں نہ ہو اس کو کسی نہ کسی حالت میں یا کسی نہ کسی مقدار
میں مضرت رساں قرار دیا جا سکتا ہے، بہت کچھ اس امر پر موقوف ہے کہ وہ
کس نیت سے کھلائی جاتی ہے۔ مثلاً اگر جلابہ (jalap) کی ایک بڑی مقدار محض مذاق
کی راہ سے یا کسی خفیہ شرابخور کو سزا دینے کی غرض سے کسی الکحالی مشروب میں
ملا کر چوری سے دی جائے تو قانون اس کارروائی کو ایک خفیف جرم قرار دیتا
ہے لیکن اگر یہی دوا اسقاط حمل کی غرض سے کسی حاملہ عورت کو یا ایسی عورت کو
جسے کھلانے والا شخص حاملہ باور کرتا ہے، کھلائی جائے تو گمان غالب ہے کہ اسے
مضرت رساں شئے تصور کیا جائے گا، اس بنا پر نہیں کہ کھلانے کے بعد اسقاط
حمل کا واقع ہونا ناگزیر ہے، بلکہ اس مجرمانہ نیت کی بنا پر کہ جو اس فعل سے
مترشح ہوتی ہے (دیکھو دفعہ ۵۸ مذکورہ بالا۔ شاید یہ فرض کیا جائے کہ "کسی بھی دیگر ذریعہ" کے
لفظ کے ہوتے ہوئے "مضرت رساں" کا لفظ غیر ضروری ہے، کیونکہ اول الذکر میں
تمام صفات شامل ہیں۔ لیکن یہ امر غیر اغلب نہیں ہے کہ قانون بنانیوالے
کے ذہن میں اسقاط حمل پیدا کرنے کے میکانی یا مقامی ذریعہ کا خیال ہوگا۔ پہلے جملہ
میں "زہر" کا ذکر ہے اور پھر "مضرت رساں" کے لفظ کا اضافہ ہو کر اس جملہ
کے معنی کو تقویت اور وسعت ملتی ہے۔ دوسرے جملہ میں "کسی اوزار" کا ذکر ہے
اور قطع حجت کے لئے اس میں "کسی بھی دیگر ذریعہ" کے لفظ کا اضافہ کیا گیا ہے۔
تاہم مجرمانہ اسقاطِ حمل کے ایک مقدمہ میں جج نے یہ قرار دیا کہ فرد قرارداد

جرم سے "مضرت رساں" کا لفظ حذف کر دینا چاہیئے۔ کیونکہ "کسی دیگر ذریعہ" کا جامع جملہ تمام کھلانے کی اشیاء پر شامل ہے، خواہ وہ مضرت رساں ہوں یا نہ ہوں۔ چونکہ اس فیصلہ کو ہمہ گیر طور پر تسلیم نہیں کیا جاتا، لہذا واجب ہے کہ جو دوائیں مجرمانہ اسقاط حمل واقع کرنے کی غرض سے عام طور پر استعمال ہوتی ہیں ان کے خواص کے متعلق کہ آیا وہ مضرت رساں ہیں یا نہیں، گواہی کے کٹہرے میں رائے کا اظہار کرنے کے لئے طیار رہنا چاہیئے۔

مجرمانہ اسقاط حمل واقع کرنیکے طریقے

مجرمانہ اسقاطِ حمل کا اقدام تین میں سے کسی ایک یا زیادہ طریق پر کیا جاتا ہے۔ براہ دہن دوائی کھلانے سے، عمومی تشدد کے افعال سے اور رحم یا اس کے مشمولات پر میکانی ذریعہ کے براہ راست استعمال سے۔

دو قسم کی دوائیں جو رحم پر براہ راست عمل کرنے کی شہرت رکھتی ہیں اور ان میں بہت سی ایسی چیزیں مجرمانہ اسقاط حمل کی انجام دہی میں استعمال کی جاتی ہیں شامل ہیں۔ یہ مدرات حیض اور مسقطات الحمل ہیں۔ اول الذکر کو حیض جاری کرنے والی یا حمل کے علاوہ دیگر اسباب سے حیض رک جانے کے بعد یعنی کو دوبارہ جاری کرنے والی دوائیں فرض کیا جاتا ہے۔ موخر الذکر کو حاملہ رحم کے مشمولات کو خارج کرنے والی دوائیں فرض کیا جاتا ہے۔ فن علاج میں اس فرق کی خواہ کچھ ہی قیمت ہو، طبی قانون داں کے لئے یہ فرق خالی از اہمیت نہیں ہوتا۔ وہ لوگ جو خواص الادویہ کا محدود سا بھی علم رکھتے ہیں انکے نزدیک بھی ایسی دوائی کھلانا جس کو مسقط الحمل خواص رکھنے والی سمجھا جاتا ہے، بہ نسبت ایسی دوائی کھلانے کے جو کہ محض مدر الحیض کے طور پر مشہور رہو، بہت زیادہ وقعت رکھتا ہے۔ شائد ملزم یہ بیان کرے کہ اسکو عورت کے حاملہ ہونے کا علم نہ تھا اور اسے صرف اتنا ہی بتایا گیا تھا کہ حیض عارضی طور پر

مفقود ہے۔ ایسے بیان کے ساتھ مدر حیض دوا کا کھلانا تو مطابقت کرتا ہے، لیکن کوئی مشہور مسقط الحمل دوا کھلانا مطابقت نہیں کرتا۔ آخری قسم کی دوا اسی صورت میں دیجا سکتی ہے کہ کھلانے والے کا مقصد کسی حاملہ رحم کا تخلیہ کرنا ہو۔ افسوس کہ ان دو اقسام کے درمیان جو فرق ہے اچھی طرح معین نہیں ہے یعنی کئی ادویات ایسی ہیں جو دونوں میں شامل ہیں۔ تاہم دو تین ایسی ادویہ بھی ہیں جنہیں محض اجرا حیض کے لئے نہیں کھلایا جا سکتا۔

فلیّہ (mentha pulegium) (pennyroyal) عمّال طبقوں کی ایک مقبول عام مدر حیض دوا ہے جو بالعموم فلیتی چائے کے طور پر دی جاتی ہے یہ اسقاط حمل واقع کرنے کے لئے بھی استعمال کی گئی ہے، اور اس مقصد کیلئے بھی اتنی ہی کارگر ہے جتنی کہ اول الذکر مقصد کے لئے۔ یہ ایسی شئے ہے کہ کسی عورت کو حمل کے ابتدائی درجہ میں اسکے اس طرح کھلائی جا سکے کہ کھلانے والا
103 اس عورت کو محض انقطاع حیض کا مریض سمجھتا ہوا نکال ہے۔ ایک دیگر نام نہاد مدر حیض
دوا سیون (savin) (juniperus sabina) ہے، لیکن اس کی شہرت مختلف ہے، اور یہ زیادہ مسقط الحمل کی حیثیت سے معروف ہے لہٰذا اگر اس دوا کو رکے ہوئے حیض کے جاری کرنے کی غرض سے انتخاب کیا جائے تو مجرمانہ نیت کا شبہ پایا جاتا ہے۔ سیون (savin) خراش آور دوا ہے اور حقیقی مدر الحیض یا مسقط الحمل خواص نہیں رکھتی یہی کلمات ان متعدد اشیا کے متعلق بھی کہے جا سکتے ہیں کہ جن کو عام لوگوں میں مسقطات الحمل تصور کیا جاتا۔ مثلاً سذاب (rue)، ٹینسی (tansy)، یو (yew)، زعفران (saffron) وغیرہ مشہور مسقطات الحمل کے علاوہ قوی مسہلات مثلاً حنظل (colocynth)، ایلوا (aloes)، گیمبوج (gamboge) اور قے آور دواؤں مثلاً ٹارٹر ایمیٹک (tartar emitic) اور خراش آور دواؤں مثلاً سنکھیا، ملحات سیسہ، فاسفورس ذراریح (cantharides) اور ہیلیبور (hellebost) سے استمداد کی گئی ہے۔ کونین کی بڑی مقدار یعنی ۲۰ گرین حاملہ رحم کا انقباض پیدا کرتی ہے، اور بیجا طور پر کھائی جا چکی ہے۔ خلاصہ جسم نخامی (pituitary extract) بھی رحمی انقباضات کا قوی مہیج ہے جو دوا اکثر اوقات مسقط الحمل سمجھی جاتی ہے وہ ارگٹ (ergot)

ہے۔ جب میعاد کے بعد وضع حمل شروع ہو چکا ہو تو ارگٹ کھلانے سے رحم کے انقباضات کو بڑھایا جا سکتا ہے اور ان کی نوعیت کو تبدیل کیا جا سکتا ہے یعنی وہ زیادہ کزازی (tetanic) نوعیت کے ہو جاتے ہیں۔ یہ دوا رحم پر جو مخصوص اثر کرتی ہے اس کی وجہ سے اس کو حاملہ مگر ساکن الفعل رحم میں انقباض شروع کرنے کی غرض سے استعمال کیا گیا ہے۔ بہت سے لوگوں کا یہ خیال ہے کہ یہ اسقاطِ حمل واقع کرنے کے لئے موثر چیز ہے حیوانات پر تجربہ کرنے سے اس خیال کی تصدیق ہوئی ہے، لیکن عورت میں اس کے استعمال کا تجربہ اس خیال کی نفی کرتا ہے۔ کابرٹ[1] (Kobert) بیان کرتا ہے کہ ارگٹ (ergot) کے دو جز یعنی کارنوٹین (cornutine) اور سفیسلینک ترشہ (sphaceinic acid) کتوں اور بلیوں میں اسقاط حمل واقع کرتے ہیں۔ حمل کے پہلے مہینوں میں (یعنی اس زمانہ میں جب کہ اسقاط حمل کا اقدام کیا جاتا ہے) ارگٹ کھلانا ساکن الفعل رحم انسانی میں اسقاط حمل کا امالہ نہیں کرتا، الّا اس صورت میں جبکہ بوجہ بیضے کی اغشیہ کی مرض زدہ حالت کے جیسا کہ آتشکی موضوعوں میں پائی جاتی ہے یا بوجہ نظام کے عمومی اختلال کے جو اس دوا کے تسممی اثر سے واقع ہوتا ہے، رحم اپنے مشمولات کو خارج کرنے پر پہلے سے مائل ہو۔ اگر اسقاطِ حمل کا فوری خطرہ موجود بھی ہو جیسا کہ نزف سے عیاں ہوتا ہے تو بھی یہ ضرور نہیں ہے کہ ارگٹ (ergot) رحم کی اخراجی مساعی کو ہیجان میں لائے۔ اسی طرح کی ایک مریضہ کو ایٹ ہل[2] (Atthill) نے رحم خالی کرنے کی غرض سے ارگٹ دیا لیکن نزف رک جانے کے باوجود اسقاط حمل واقع نہ ہوا اور مریضہ نے ٹھیک وقت پر ایک زندہ بچہ جنا۔ خواہ کامل میعاد ہی قریب کیوں نہ ہو تو بھی ایسا شاذ و نادر ہی ہوتا ہے کہ ارگٹ وضع حمل شروع کر دے۔ آرہل[3] (Arrhill) بیان

---

[1] The Practitioner, 1885.

[2] Brit. Med. Journal, 1889.

[3] Dublin Journ. of Med. Science, 1888.

کرتا ہے کہ اس نے بعد الولادتی نزف کے حفظ ماتقدم کے لئے اکثر ارگٹ کھلایا ہے۔ اِسے وضع حمل کے متوقع آغاز سے ایک ہفتہ یا ۱۰ دن پہلے دینا شروع کیا ہے اور ایک دفعہ بھی یہ فرض کر لینے کی کوئی وجہ نہیں ملی[1] کہ ارگٹ وضع حمل کا اسراع کرتا ہے۔ سیکسنجر[2] (Saxinger) نے ایک واقعہ درج کیا ہے کہ دو موقعوں پر ایک منقبض حوض والی عورت میں شمعہ (bougie) داخل کر کے پیش از وقت وضع حمل کا امالہ کیا گیا۔ تیسرے موقعہ پر یعنی میعاد سے ۴-۵ ہفتے قبل، میکانی ذرائع کی جگہ سفوف کردہ ارگٹ کی آزمائش کی گئی۔ تازہ سفوف ۴ گرام روزانہ تین دن تک دیا جاتا رہا، جس کے بعد نبض کی ضربات ۸۰ سے گھٹ کر ۴۰ تک پہنچ گئیں اور مریضہ پر ضعف اور قے کا حملہ ہونے لگا لیکن رحم متاثر نہ ہوا۔ بہت سے دیگر ماہران قبالت کا تجربہ بھی اس نتیجہ کی تصدیق کرتا ہے کہ مُعِد حالات کی عدم موجودگی میں ارگٹ کی غیر تسممی مقدار ساکن الفعل اور حامل رحم میں رحمی فعل جاری کرنے کی قابلیت نہیں رکھتی۔

اگر ارگٹ کے استعمال سے اسقاط حمل واقع ہوا ہے تو اس کا سبب پیدا شدہ عمومی تسممی اثرات ہوتے ہیں۔ رائٹر[3] (Richter) نے ایک لڑکی کا واقعہ بیان کیا ہے کہ وہ چھ سات ماہ سے حاملہ تھی اور دو چار اونس ارگٹ کھا گئی۔ یہ عورت ارگٹ کے شدید تسمم کی علامات یعنی تیزیٔ نبض اور پیاس اور معدے اور آنتوں میں درد، پیشاب کی رکاوٹ اور سخت بے چینی
104 کی علامات میں مبتلا ہو گئی اور ایک مردہ بچہ جننے سے آدھ گھنٹہ بعد کثرت نزف سے مر گئی۔ ٹارڈیو[4] (Tardieu) نے ایک چار ماہ کی حاملہ لڑکی کا واقعہ درج کیا ہے، ارگٹ کھانے کی وجہ سے اس کا حمل ساقط ہو گیا، اور اس کے ۲۴ گھنٹے بعد وہ باریطونی التہاب سے مر گئی۔ ایک اور واقعہ میں جس کی اوٹو[5] (Otto) نے اطلاع دی ہے، پانچ انچ لمبے

---

[1] Maschka's Handbuch, Bd. 3.

[2] Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 1861.

[3] Annales d'Hygiene, 1855.

[4] Maschka's Handbuch, Bd. 3.

مضغہ کے اخراج کے تھوڑی دیر بعد موت واقع ہوگئی۔ اسقاط حمل کے وقوع پذیر ہوئے بغیر بھی ارگٹ سے موت واقع ہو سکتی ہے۔ سمومیات کے اس حصہ میں جو ارگٹ کے تسمم سے متعلق ہے، اس کی مثالیں ملیں گی۔

حالیہ سالوں میں سیسہ کا استعمال خاصہ عام ہوگیا ہے، اکثر اوقات گولیوں کی شکل میں جو ڈائی کائی لان (diachylon) سے بنائی جاتی ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ اس رسم کا آغاز کوزہ گری کے کارخانہ جات میں ہوا ہے، جہاں ممکن ہے کہ سیسہ سے کام کرنے والی عورتوں کو اس کے اثرات کا یہ پہلو معلوم ہوا ہو۔ ہال (Hall) جس نے اس مضمون پر مکمل تحقیقات کی ہے چنانچہ وہ بیان کرتا ہے کہ مڈلینڈز (Midlands) میں اس کے سینکڑوں واقعات ہوئے ہیں اور اس خطہ سے اس کا استعمال انگلستان کے مختلف حصوں میں پھیل گیا ہے۔ سکاٹلینڈ (Scotland) اور ویلز (Wales) میں بھی ایسے واقعات کا اندراج کیا گیا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہ علم دایوں کی جماعت کے ذریعہ منتقل ہوتا رہتا ہے۔ ایک اور اعتقاد یہ پایا جاتا ہے کہ حیض سے قبل سیسہ کھا لینے سے حیض کی مدت گھٹ جاتی ہے اور حمل کا وقوع رک جاتا ہے۔ بلاشبہ رحم کے مشمولات کا اخراج واقع کرنے میں سیسہ ایک قوی اثر رکھتا ہے، لیکن ایسا ہونا سیسہ کے تسمم کے شدید تر علامات پیدا ہوئے بغیر ممکن نہیں۔ غالباً جو عورتیں ڈائی کائی لان کھاتی ہیں، ان میں سے بہت تو اس کے زہریلے اثر سے بے خبر ہوتی ہیں اور جو عورتیں کارخانہ جات کوزہ گری میں نہیں ہوتیں وہ اس امر سے بھی بے خبر ہوتی ہیں کہ اس میں سیسہ ہوتا ہے۔ حاملہ عورتوں میں سیسہ کے تسمم کی آن واردتوں کو جن کی وجہ نامعلوم ہو، آجکل ہمیشہ شک کی نگاہ سے دیکھنا چاہیئے۔

دواؤں سے چارہ جوئی کرنے اور اسقاط حمل کا اقدام کرنے کے مندرجہ بالا واقعات سے یہ امر استنباط کیا جا سکتا ہے کہ کوئی بھی ایسا مسقط الحمل معلوم نہیں ہے جو بے خطا ہو۔ اگر اسقاط حمل دواؤں کے استعمال سے وقوع پذیر

ا۔ International Medical Congress, 1913.

ہوا ہے تو اس کا سبب یا تو رحم اور اس کے مشمولات کی معد حالت یا کھائی ہوئی شئے کے عمومی تسممی اثرات ہوں گے۔

تشددِ عمومی، مجرمانہ اسقاط حمل کے سبب کی حیثیت سے۔ یہ امر طبیبوں کے تجربہ میں ہمہ گیر طور پر آیا ہے کہ بعض حالات میں حاملہ عورتوں میں انتہائی قسم کے میکانی تشدد کے اثر سے بھی اسقاط حمل نہیں ہوتا، لیکن بعض حالات میں خفیف ترین اشتعال پر بھی رحم اپنے مشمولات کو خارج کر دیتا ہے۔ چونکہ سخت تشدد ایک عورت میں ان نتائج کے پیدا کرنے میں قاصر رہتا ہے اور دوسری عورت میں محض اس تشدد کے عشر عشیر سے ہی یہ نتائج مترتب ہو جاتے ہیں، لہذا یہ ظاہر ہے کہ نتیجہ کی تعیین کرنے والے اسباب غیر ذاتی نہیں بلکہ ذاتی ہیں جب تک کہ حاملہ رحم اور اس کے مشمولات کا باہمی تعلق باصحت رہتا ہے تب تک عام طور پر عمومی تشدد کامیاب نہیں ہوتا، بغیر اس کے کہ ماں کی جان خطرے میں پڑ جائے۔ بلکہ حقیقت یہ ہے کہ ماں کی جان خطرہ میں پڑنے پر بھی ہمیشہ کامیاب نہیں ہوتا۔

جب اسقاط حمل واقع کرنے کی نیت سے عمومی تشدد سے استمداد کی جاتی ہے تو ذیل کے طریقوں میں سے ایک یا زیادہ اختیار کیا جاتا ہے۔ جان بوجھکر سیڑھیوں سے یا بلندی سے گر پڑنا، حد سے زیادہ تنگ شکم بند یا کمر بند (stays) کا استعمال، زور سے پیٹ ملوانا، لگاتار کئی گھنٹوں تک چلنا یا گھوڑے کی پیٹھ پر سوار ہونا یہاں تک کہ جسمانی قویٰ بالکل چور ہو جائیں، اور ان کے علاوہ دیگر ذرائع جو تمام کے تمام انتہائی طور پر بیکار ہیں۔ یہ طریقے بالعموم زیادہ راست اور موثر تر طریقہائے کار کی تمہید ہوتے ہیں۔

مقامی تشدد مجرمانہ اسقاط حمل کے سبب کی حیثیت سے۔ یہ ظاہر کیا جا چکا ہے کہ ادویا اور تشدد کو بالعموم اسقاط حمل واقع کرنے میں کامیابی نہیں ہوتی۔ تاہم میکانی ذرائع کے استعمال میں زیادہ کامیابی حاصل ہوتی ہے، بشرطیکہ یہ اس انداز سے داخل کئے جائیں کہ رحم اور اس کے مشمولات کے درمیان جو تعلقات ہیں وہ مختل ہو جائیں۔ یہ فعل انجام دینے کے لئے یہ ضروری ہے کہ زیر بحث شخص پر قوت

براہ راست صرف کی جائے۔ عام طریقہ یہ ہے کہ مہبل کے اندر رحم کی جانب
105 کوئی نوکدار اوزار مثلاً تار یا لکڑی کا ٹکڑا اس مقصد سے داخل کیا جاتا ہے
کہ فم الرحم کی راہ سے اغشیہ کو مثقوب کر دیا جائے۔ یہ ایک قدیم زمانہ کا عملیہ
ہے جس کو سورینس (Soranus) باشندہ افیسس (Ephesus) نے جس کا کہ اوّل
صدی کے اخیر میں شہرہ تھا، بیان کیا ہے۔ یہ امر کہ اوزار کیا سمت اختیار
کرتا ہے، عامل کے علم اور چابکدستی پر موقوف ہے۔ ایک پیشہ ور اسقاط حمل
کرانے والا جو حصص کی تشریح سے تھوڑی سی بھی واقفیت رکھتا ہے اور جسکو
اتنا عملی تجربہ بھی حاصل ہے کہ اس تشریح سے مستفیض ہو سکے۔ وہ بیضے
کی اغشیہ کو چھیدنے کے مقصد سے اوزار کو کم از کم فم الرحم کی راہ سے تو
داخل کرنے کی کوشش کرتا ہے۔ لیکن اگر کوئی کم واقف کار شخص ہو کہ جس نے
غالباً اس طریقے کی تفصیل کے متعلق یہی سنا ہو کہ اندام نہانی میں تار کا ٹکڑا گذار
دیا جاتا ہے، یہاں تک کہ خون نکل پڑتا ہے، تو ایسا شخص ضرور ہے کہ مشمولات تک
پہنچنے کی کوشش میں عنق یا جسم رحم کو چھید ڈالے۔ ادنیٰ درجہ کے غیر سند یافتہ
طبیب اور بعض سند یافتہ طبیب بھی مردانہ دھاتی قثاطیر کا استعمال کرتے ہیں، اور
چونکہ وہ اس امر کا خیال رکھتے ہیں کہ رحم کو زخمی نہ کیا جائے لہذا بسا اوقات وہ عورت
کی صحت میں زیادہ خلل پیدا کئے بغیر اپنے مقصد کی تکمیل میں کامیاب ہو جاتے ہیں۔
اس امر کو باور کرنے کے لئے وجوہ موجود ہیں کہ بے شمار واقعات میں جب اسقاط حمل
مجرمانہ طور پر انجام دیا جاتا ہے تو ان میں عملیہ کا اقدام کرنے والے ایسے اشخاص
ہوتے ہیں جو طبی پیشہ سے کچھ تعلق رکھتے ہیں یا ان کا تعلق رہ چکا ہوتا ہے۔ لہذا
وہ اغشیہ کے چھیدنے میں اس درجہ کی چابکدستی برتنے کی اہلیت رکھتے ہیں کہ
رحم کو ضرر پہنچنے نہیں پاتا اور عملیہ میں جو خطرہ ہے اس میں اس وجہ سے معتد بہ حد تک
تخفیف ہو جاتی ہے اور اس لئے جرم کا سراغ ملنے کا امکان بھی کم ہو جاتا ہے۔
بعض اسقاطِ حمل کرانے والے پیشہ وروں کا یہ دستور ہے کہ وہ اوزار داخل
کرنے کے بعد عورت کو یہ مشورہ دیتے ہیں کہ درد یا نزف ہونے پر جس قدر
جلد ممکن ہو کسی مسجل شدہ (registered) طبیب سے رجوع کریں، گویا طبیب کے

روبرو یہ واردات قدرتی اسقاطِ حمل کی حیثیت سے آتی ہے اور شک پیدا ہونے کا احتمال کمتر ہو جاتا ہے ۔

جن واقعات میں مجرمانہ اسقاط حمل انجام دیا جاتا ہے وہ عدالت کے سامنے شاذ و نادر ہی آتے ہیں الّا اس صورت میں جب کہ یہ عمل ماں کے لئے مہلک ثابت ہو چونکہ یہ جرم خود عورت کے کہنے پر کیا جاتا ہے اور وہ جرم میں شریک ہوتی ہے، لہذا یہ بالکل ایک قدرتی امر ہے کہ وہ اس کو چھپانے کی کوشش کرے جس میں بالعموم وہ کامیاب بھی رہتی ہے ۔ تاہم جب اس کی حیات خطرے میں پڑ جاتی ہے تو جائز مشورہ طبیّ کی ضرورت پڑتی ہے اور اس سے دوسروں پر راز فاش ہو جاتا ہے ۔ مہلک نتائج زیادہ تر عامل کی جہالت یا بے پروائی اور مریضہ کی بے احتیاطی سے پیدا ہوتے ہیں ۔ ماہران قبالت کو یہ اچھی طرح معلوم ہے کہ جنینی اغشیہ کو چھیدنے کے بعد رحم کے مشمولات کا اخراج ہمیشہ فوراً وقوع پذیر نہیں ہوتا ۔ ممکن ہے کہ اس سے قبل چند ایام جمود کے گزریں ان حالات میں عورت بے صبر ہو جاتی ہے، اور پیشہ ور اسقاط حمل کرنے والے کو زیادہ موثر تدابیر اختیار کرنے پر مجبور کرتی ہے، جس سے ممکن ہے کہ ایک مشاق بھی غیر ضروری تشدد برتنے پر مائل ہو جائے اور وہ رحمی غشاء مخاطی کو مثقوب یا مشقوق کر ڈالے جس سے عفونت الدم (septicælmia) پیدا ہو جائے ۔ پیشہ ور اسقاط حمل کرنے والوں کو اکثر اوقات بے اعتدالی کی عادت ہوتی ہے اور وہ شراب کے زیر اثر اپنی معمولی احتیاط سے بھی کام نہیں لیتے اور اپنے ارادہ سے زیادہ نقصان پہنچا ڈالتے ہیں ۔ چونکہ مریضہ بھی ایسا رویہ اختیار کرنے پر مجبور ہوتی ہے جیسے کچھ فکر کی بات ہی نہیں، لہذا وہ اپنا روزانہ کام کاج کیے جاتی ہے جس سے خطرے میں ایک مزید عنصر کا اضافہ ہو جاتا ہے ۔

مجرمانہ اسقاط حمل انجام دینے والے لوگ بعض اوقات اغشیہ کے سادہ انشقاب سے بھی زیادہ دلیرانہ ذرایع اختیار کرتے ہیں ۔ وھری[1] (Wherry) نے ایک

---

[1] Brit. Med. Journal, 1881.

عورت کا واقعہ درج کیا ہے جو تین ماہ سے حاملہ تھی۔ اس کا مضغہ ایک پیشہ ور اسقاط حمل کرنے والے نے ایک ایسی شئے سے جس کو وہ نقرئی خطاف (hook) بیان کرتی تھی، رحم کے اندر ہی کاٹ کر ٹکڑے ٹکڑے کر دیا، ٹانگوں اور بازوؤں اور سر کو تن سے جدا کر دیا گیا تھا، اور یہ ٹکڑے ایک ایک کر کے نکلے تھے۔ ان میں تحلیل کی کوئی امارت نہیں پائی جاتی تھی اور مضغہ کی جلد گلگوں اور سخت تھی اسکے بعد عورت کو التہاب باریطون ہو گیا لیکن وہ صحتیاب ہو گئی۔

106 گاہے گاہے ایسی نڈر عورتیں بھی ہوتی ہیں جو اسقاط حمل کرانے کے لئے طبی پیشہ کے موقرار کان کی چابکدستی سے بفریب مستفیض ہونے کی کوشش کرتی ہیں ایسی عورتیں کسی طبیب کے مطب میں یا کسی شفاخانہ کے بیرونی مریضوں (outpatients) کے کمرہ میں چلی جاتی ہیں اور بیان کرتی ہیں کہ وہ رحم کی غیر وضعیت (displacement) میں مبتلا ہیں اور نیز یہ کہ یہ پہلا موقعہ نہیں ہے کہ ان کا عضو غیر وضعی ہو گیا ہے اور گذشتہ موقعوں پر جس طبیب سے انہوں نے مشورہ طلب کیا تھا اس نے رحمی مجس (sound) کے ذریعہ رحم کو سیدھا کر دیا تھا یا اپنی جگہ بحال کر دیا تھا۔ یہ بتانے کی چنداں ضرورت نہیں کہ جب حمل کے امکان کے متعلق سوالات کئے جاتے ہیں تو ان کے جواب سے ہوشیاری سے گریز کیا جاتا ہے، اور چونکہ اس فریب دہی کا اقدام ابتدائی مہینوں میں کیا جاتا ہے ایک غفلت شعار طبیب آسانی سے فریب میں آجاتا ہے۔ اسقاط حمل اس طرح واقع کیا جا سکتا ہے کہ بیضے اور رحمی دیواروں کے درمیان ایک شمعہ (bougie) داخل کر کے اس کو وہیں پڑا رہنا دیا جائے حتیٰ کہ اخراج ہو جائے یا گرم پانی کے مہبلی نطولوں (douches) کے ذریعہ کیا جا سکتا ہے یا بذریعہ موسعات (dilators) کے ذریعہ عنقی قنال کا اتساع کر کے واقع کیا جا سکتا ہے۔ لیکن یہ طریقے ایسے ہیں کہ عام طور پر ان کو ماہر اشخاص ہی اختیار کر سکتے ہیں۔ ڈی لاٹوش (De la Touche)

ؔ Semaine Gynecol., 1896.

ایک عورت کا واقعہ بیان کرتا ہے کہ اس نے پچکاری کی ٹونٹی کو خود بخود فم الرحم کے اندر داخل کر لیا اور پھر ایک اسقاطِ حمل کرنے والی عورت پچکاری کے گولے پر دست درازی کرنے لگی لیکن ابھی نصف اشراب بھی رحم تک نہ پہنچنے پایا تھا کہ مریضہ بے ہوش ہوگئی اور یکایک مر گئی۔ امتحان لاش پر اغشیہ رحم کے زیرین قطعہ سے جدا شدہ پائے گئے لیکن مشیمی منطقہ صحیح و سالم تھا موت کا سبب بظاہر غشیان تھا۔ کیونکہ اور کچھ غیر طبعی بات نہیں پائی گئی۔ غشیان جو کہ ممکن ہے مہلک ثابت ہو، گاہے رحمی تجسں کے ادخال سے واقع ہوتا ہے (ملاحظہ ہو وہ فصل جو کہ ناگہانی موت پر لکھی گئی ہے صفحہ 31)۔

گاہے ایک عورت بلا واسطہ میکانی ذرائع سے اپنا اسقاط حمل انجام دینے کی خود کوشش کرتی ہے۔ اس مقصد کے لئے مختلف اوزار استعمال کئے جاتے ہیں۔ پارٹرج[1] (Partridge) نے ایک سات ماہ کی حاملہ عورت کا واقعہ بیان کیا ہے کہ اس نے ایک ہیرپن (hairpin) کی نوک نیچے کی جانب رکھکر اس کو رحم کے اندر داخل کر لیا، اور اسی طرح پڑا رہنے دیا۔ تین ہفتہ تک اسقاط حمل واقع نہیں ہوا۔ بعدہٗ وہ عورت بیمار ہوگئی اور اس نے طبی مشورہ طلب کیا۔ تب اس کو معلوم ہوا کہ ہیرپن (hairpin) تو رحم کی دیوار دل میں گھس گئی ہے۔ فم کا انساع کیا گیا اور ہیرپن کو جس کو داخل ہوئے ۲۳ دن ہو چکے تھے معہ بیضے کے نکالا گیا لیکن مریضہ التہاب باریطون سے مر گئی۔ گرین[2] (Green) نے ایک شادی شدہ عورت کا واقعہ بیان کیا ہے کہ اس نے اپنے رحم کے اندر ایک عقابی خطاف (crochet-hook) داخل کر لیا کیونکہ اس ترکیب سے وہ ایک گذشتہ موقعہ پر بھی کامیابی حاصل کر چکی تھی۔ یہ خطاف اس کی انگلیوں میں سے پھسل گیا اور اگرچہ اس نے ایک مخ برار

---

[1] New York Med. Journ., 1884

[2] Brit. Med. Journ., 1912

پچھ کے ذریعہ اس کی تلاش کی لیکن وہ اسے دوبارہ نہ مل سکا۔ تین دن بعد جب اس عورت کو دیکھا گیا تو وہ شکم کے زیرین حصہ میں درد کی شکایت کرتی تھی اور مہبل سے قدرے نزف بھی واقع ہو چکا تھا۔ اس کے پھر تین دن بعد وہ یہ کہنے لگی کہ وہ شکم میں خطافت کو محسوس کر سکتی ہے۔ اور ناف اور عانہ (pubes) کے بالکل بیچوں بیچ ایک مقام کی جانب، جہاں ایک سخت جسم حس جا سکتا تھا اشارہ بھی کرتی تھی۔ اس جگہ شگافت دینے پر وہی خطافت جو ہڈی کا تھا اور ۲½ انچ لمبا تھا، آما ساریقا (mesentery) کی تہوں کے درمیان پڑا ہوا پایا گیا۔ اور اس عورت کو بلا رکاوٹ صحت ہو گئی۔ لیکن جو امر تعجب خیز تھا وہ یہ تھا کہ شکم کے اندر ایک غیر عقیم شدہ اوزار چلے جانے اور گیارہ دن تک وہاں پڑے رہنے سے بھی کوئی عفونتی خرابی پیدا نہ ہوئی۔

پرسی[ﻪ] (Percy) ایک واقعہ درج کرتا ہے کہ کسی نوجوان عورت نے مہبل کے اندر قثاطیر (catheter) داخل کر کے اپنا اسقاط حمل کرنے کی خود کوشش کی۔ اس کے نتیجہ کے طور پر درد پیدا ہو گیا اور خون بہنے لگا۔ دو دن بعد اس نے کسی طبیب سے مشورہ طلب کیا۔ طبیب نے یہ فیصلہ کر لیا کہ اسقاط حمل کی تکمیل ہونے کی ضرورت ہے۔ طبیب اوزار داخل کرتا رہا اور کئی گھنٹے تک مشغول رہا جس سے نہایت ہی جانگداز درد اور شدید نزف پیدا ہو گیا۔ اس کے دو گھنٹے بعد اس کو مہبل میں امعا کا ایک چیز ملا جس کے بعد اس نے مہبل کو تو وہیں بھر دیا اور مریضہ کو شفاخانہ میں بھیج دیا۔ داخلہ کے وقت مریضہ پر ہبوط طاری تھا اور مہبل سے خون جاری تھا۔ شکم شگافی (laparotomy) عمل میں لائی گئی جس سے معلوم ہوا کہ سینی خم (sigmoid flexure) ۲۰ انچ تک اپنے ماساریقا (mesentery) سے جدا ہو گیا ہے۔ مثانہ میں ایک ½ ۴ انچ لمبا چاک اور مہبل کی مقدم دیوار میں ایک انثقاب بھی موجود ہے۔ سینی خم کا ایک حلقہ مثانہ کو بھر رہا ہے اور مہبل کے اندر ابھرا 107
ہوا ہے۔ کہفہ شکم میں خون کے تھکے اور روئی کے تین پھوئے پائے گئے جن کی جسامت آدمی کی مٹھی

ﻪ Surgical Clinics of Chicago, vol. i., 1917.

آدھی تھی رحم کو کوئی تضرر نہیں پہنچا تھا، اور نہ حمل میں کوئی خلل واقع ہوا تھا۔
یعنی معاء کے جس حلقے سے ماساریقا (mesentery) اتر گیا تھا، اسے کاٹ کر الگ کر دیا گیا اور پہلی دیوار اور مثانہ میں جو چاک تھے ان کی مرمت کر دی گئی۔ مریضہ کو پوری پوری صحت ہو گئی، اور حمل میں انقطاع واقع نہیں ہوا۔

مجرمانہ اسقاط حمل واقع کرنے کی کوشش بالعموم حمل کے ابتدائی مہینوں میں یعنی شکم کی کلانی رونما ہونے سے قبل کی جاتی ہے۔ نوجوان اور ناتجربہ کار لڑکیاں بالعموم پہلے پہل ادویہ استعمال کرتی ہیں اور جب ان کی بے اثری ثابت ہو جاتی ہے تو پھر پیشہ ور اسقاط حمل کرنے والے سے رجوع کرتی ہیں، اور اس وجہ سے اسقاط حمل کا وقوع تیسرے یا چوتھے ماہ یا اس کے بعد تک ملتوی ہو جاتا ہے لیکن جو عورتیں زیادہ تجربہ کار ہوتی ہیں، جونہی ان کو اپنی حالت کا شبہ ہوتا ہے، یعنی جونہی حیض کے ایک دور میں ناغہ ہو جاتا ہے تو وہ میکانی مدد کی طالب ہوتی ہیں۔ یہ امر یاد رکھنے کے قابل ہے کہ مجرد کے علاوہ شادی شدہ عورتیں بھی جبری اسقاط حمل سے رجوع کرتی ہیں۔ ابتدائی مہینوں میں رحم کے ساتھ بیضہ کی چسپیدگی بالکل کمزور ہوتی ہے، بدیں وجہ بلا واسطہ میکانی اختلال سے اسقاط حمل ہو جانا ایک یقینی امر ہے۔ اور اگر یہ عمل کارگر ثابت ہو، تو عملیہ کے بعد چند گھنٹے سے لیکر تین چار دن تک میں رحم اپنے مشمولات خارج کر دیتا ہے۔ لیکن یہ ایک بالکل ممکن امر ہے کہ حاملہ رحم کے کہفہ کے اندر رحمی مجس (uterine sound) داخل کرنے کے باوجود اسقاط حمل وقوع پذیر نہ ہو۔ ان مثالوں میں اغشیہ منقوب نہیں ہوتے اور کند مجس (sound) اغشیہ اور رحم کے درمیان سے گزر جاتا ہے اور بہت کم علیحدگی واقع کرتا ہے۔ کئی ماہران امراض نسوانی (gynæcologists) نے نادانستہ طور پر حاملہ رحم میں مجس (sound) داخل کر دیا ہے تاہم اس سے کوئی بڑا اثر پیدا نہیں ہوا۔ سکسنجر[لہ] (Saxinger) ایک واقعہ بیان کرتا ہے کہ ایک

لہ Maschka's Handbuch, Bd, 3.

طبیب نے (اس خیال کے زیر اثر کہ اس کو عضو کی ایک مرضیاتی کیفیت سے واسطہ پڑا ہے) دو مختلف موقعوں پر ابتدائی مہینوں میں ایک حاملہ عورت کے رحم میں مجس داخل کر دیا لیکن اس سے حمل کے طبعی ممر میں کچھ خلل واقع نہ ہوا۔

مجرمانہ اسقاط حمل کا امالہ مریضہ کی حیات کو دو طرح سے مخدوش کر دیتا ہے۔ ایک تو اس وجہ سے کہ وافر نزف واقع ہو جاتا ہے جو مشیمہ یا دیگر حاصل حمل کے باقی رہ جانے کا نتیجہ ہوتا ہے، یا اس وجہ سے کہ عفونتی التہابی اعمال پیدا ہو جاتے ہیں لیسر[لہ] (Lesser) نے بیان کیا ہے کہ یہ امر کہ اوزاروں کے ذریعہ واقع شدہ اسقاط حمل میں رحم کو کسقدر تضرر پہنچتا ہے، اس امر پر کہ عورت کتنی مدت تک زندہ رہتی ہے، زیادہ اثر انداز نہیں ہوتا، کیونکہ عفونت الدم سے ہمیشہ موت ہو جاتی ہے۔ اسقاط حمل کے بعد اگر عفونت الدم نمودار ہو تو یہ ایک شک پیدا کرنے والی علامت ہے کیونکہ یہ اس امر کی جانب اشارہ کرتی ہے کہ اسقاط حمل کا سبب میکانی مداخلت ہے۔ جب اس کو مدنظر رکھا جاتا ہے کہ اوزاروں کو عقیم بنانے کی ذرا بھی کوشش نہیں کی جاتی تو اس امر پر کہ مجرمانہ اسقاط حمل کے بعد کس کثرت سے عفونتی التہاب پیدا ہوتا ہے ذرا بھی تعجب نہیں ہوتا لیکن یہ امر فراموش نہیں کرنا چاہئے کہ اگر مرضیاتی اسباب سے بیضہ مر جائے گندیدگی کے حاصلات کے جذب ہو جانے کی وجہ سے بھی عفونتی التہاب پیدا ہو سکتا ہے خود بخود اسقاط حمل ہو جانے کے بعد مشیمہ یا اس کے کسی جزو کے باقی رہ جانے سے بھی اکثر اوقات عفونت الدم پیدا ہو جاتی ہے۔

استقاط حمل کی امارات زندہ میں

اس امر کی علامات کہ استقاط حمل واقع ہو چکا ہے اس لحاظ سے اختلاف پذیر

لہ Atlas der ger. Med. (Zweite Abtheilung), 1891.

ہوتی ہیں کہ اسقاط کس زمانہ حمل میں ہوا ہے اور اس کے وقوع اور امتحان کے درمیان کس قدر وقفہ گزر چکا ہے۔ اگر حمل پہلے یا دوسرے ماہ میں منقطع ہو تو جلد امتحان کرنے پر بھی اس منظر سے جو کہ معمولی دورِ حیض کے ہمراہ پایا جاتا ہے بہت کم فرق پایا جائے گا اور اگر چند دن گزر گئے ہوں تو حصص اپنی معمولی حالت پر عود کر چکے ہوں گے۔ اگر اسقاط حمل تین یا چار ماہ کے بعد واقع ہو تو اس کے فوری اثرات رحم، مہبل کی کم و بیش کشادہ حالت باقی
108 رہ جاتی ہے اور ممکن ہے کہ فرج بھی متورم ہو۔ سپیجلبرگ (Spiegelberg)[۱] بیان کرتا ہے کہ عنق الرحم کی قیف نما حالت جس میں یہ نیچے سے اوپر کی جانب تنگ ہوتی جاتی ہے، اسقاط حمل کے حالیہ وقوع کی ایک بہت ہی امتیازی علامت ہے۔ پستانوں کی حالت کی بھی تحقیق کرنی چاہئے۔ حمل جتنا زیادہ ترقی یافتہ ہو گا اسقاط حمل کی امارات ان امارات سے جو میعاد کے وضع حمل پر پائی جاتی ہیں، اتنی ہی زیادہ مماثل ہوں گی چونکہ اسقاط حمل کی امارات میعاد کے وضع حمل کی امارات کی بہ نسبت کم نمایاں ہوتی ہیں اس لئے یہ زیادہ جلد زائل بھی ہو جاتی ہیں عورت کا امتحان بیان کردہ اسقاطِ حمل کے وقوع سے ۲۴ گھنٹہ کے اندر اندر انجام دینا چاہئیے، ورنہ اس سے بہت کم معلومات حاصل ہو سکے گی ممکن ہے کہ التہاب الرحم اور التہاب باریطونی کی مرضیاتی علامات بھی پائی جائیں۔

اسقاطِ حمل کی امارات مردہ میں

ابتدائی شگافات دیتے وقت، اور رحم کو چسپیدہ مہبل سمیت جدا کرتے وقت اس امر کی سخت احتیاط کرنے کی ضرورت ہے کہ رحم کو

[۱] Lehrbuch der Geburtschülfe.

کسی طرح کوئی ضرر نہ پہنچے۔ مہبل کو چیر کر کھول لینے سے اس امر کے متعلق کچھ نہ کچھ رہنمائی حاصل ہوتی ہے کہ رحم کی دیواروں میں کونچوں کا پتہ لگانا ہو تو اس کی تقطیع کے لئے کون سی سمت بہترین ثابت ہوگی! اگر کوئی کونچا یا دریدہ گی پائی جائے تو اس کو باحتیاط ناپنا چاہیئے، اور اس کا محل وقوع اور سمت دریافت کرنی چاہیئے۔ کہفہ کا طول وعرض اور رحمی دیواروں کی موٹائی ماپنی چاہیئے۔ رحم کے جرم کے اندر التہابی حاصلات کا وجود کوئی گرو رحمی التہاب ہو تو اس کا محل وقوع، کہفہ میں غشاء مخاطی کا وجود یا عدم وجود، رحم کی دیواروں کا کیا منظر ہے یہ سب امور سلسلہ وار دریافت کرنے چاہئیں۔ اگر حمل کا تیسرا مہینہ ختم ہو چکا ہے تو مشیمہ کی مقامیت غالباً متمیز ہوگی۔ جن طبیبوں نے ایسے رحم کو جس سے قدرتی طور پر حالیہ وضع حمل ہوا ہو نہ دیکھا ہو اندیشہ ہے کہ وہ پیش کردہ مناظر سے غلط نتائج اخذ کریں گے، خاص کر اگر حمل اخیر مہینوں تک پہنچ چکا ہو۔ کہفہ کی دیواریں سیاہ اور ناہموار ہوتی ہیں جیسے یہ کوفتہ (bruised) ہوں اور یہ خیال پیدا کرتی ہیں کہ تشدد سے کام لیا گیا ہے فعلیاتی کیفیت اور اس کیفیت کے درمیان جو میکانی بدسلوکی کا نتیجہ ہوتی ہے فرق کرنے میں نہایت احتیاط برتنے کی ضرورت ہے۔ اجسام صفر (corpora lutea) کیلئے بیضات کا امتحان کرنا چاہیئے۔ یہ اس لئے نہیں کہ اس طریق پر حاصل کردہ معلومات کچھ اہمیت رکھتی ہے بلکہ اس لئے کہ اس موضوع پر ذیل (counsel) کی جانب سے سوالات پوچھے جا سکتے ہیں۔ تناسلی اعضا کی حالت دریافت کر لے کے علاوہ معدہ اور امعا کی کیفیت بھی تحقیق کرنی چاہیئے، شائد ایک یا زیادہ نام نہاد مسقطات الحمل کے کھلانے سے جو خراش آور تسمم پیدا ہوتا ہے اس کی کوئی علامت ملے۔ اسی غرض سے گردوں کا بھی امتحان کرنا چاہیئے استثنائی وارداتوں میں اسقاط حمل واقع کرنے کے لئے مہبل کے اندر کاوی سیال کا اشراب کر دیا گیا ہے۔ لہذا مہبل کے غشاء مخاطی کی حالت بھی دیکھنا چاہیئے سب سے آخر یہ کہ اگر تناسلی خط میں کوئی مضغہ پایا جائے تو اس کی اغلب عمر دریافت کرنی چاہیئے۔

دروں رحمی زندگی کے پہلے پانچ ماہ کے عرصہ میں مضغی نمو کے کیا

مدارج ہیں' اس کا خلاصہ ذیل میں درج کیا گیا ہے۔

ایک ماہ ۔ مضغہ کا طول راسی (cephalic) منحنی سے لیکر ذنبی (caudal) منحنی تک خط مستقیم میں ½ انچ اور انحنا کے ساتھ ساتھ ¾ انچ ہوتا ہے اور بیضہ کا طول ¾ انچ ہوتا ہے۔ جوارح کا وجود واضح ہوتا ہے۔ انفی نشیب منہ کا محل وقوع ظاہر کرنیوالی درز آنکھوں کی جگہ ظاہر کرنے والے دو سیاہ نقطے، معہ سُرّی کیسک اور عروق دموی کے پائے جاتے ہیں۔ انفس مضغہ کے قریب ہوتا ہے، اور خملی سلی سے اس کو ایک شفاف کہفہ جدا کرتا ہے۔

109 دو ماہ ۔ مضغہ کا طول راسی منحنی کے بلند ترین مقام سے لیکر ذنبی منحنی تک خط مستقیم میں ½ انچ ہوتا ہے۔ اور منحنی کے ساتھ ساتھ تقریباً انچ ہوتا ہے۔ اسکا وزن ۶۰ گرین ہوتا ہے۔ انفی اور فمی فتحات ایک دوسرے سے جدا ہوتے ہیں۔ سر جسم سے متمیز ہوتا ہے۔ سلویائی حفرہ (Sylvian fossa) متمیز ہوتا ہے۔ ابتدائی گردے [ولفیائی اجسام (Wolffian bodies] قریب قریب غائب ہو چکے ہیں اور بولی اور تناسلی اعضا میں تقسیم شدہ ہوتے ہیں۔ زیرین جبڑے، ترقوہ (clavicle) پسلیوں میں اور فقرات (vertebræ) کے اجسام میں تعظم کے پہلے مراکز ظاہر ہو چکے ہیں۔ انفس سلی سے متماس ہوتا ہے۔ اور انفسی کہفہ میں زیادہ سیال پایا جاتا ہے۔ سلی کے خملات ایک مقام پر خاص طور پر نمو یافتہ ہوتے ہیں کلمیہ (allantois) کے ولد مرئی باقیات، سلی میں گزرنے والے سرّی عروق ہوتے ہیں۔

تین ماہ ۔ مضغہ ۲ ¾ سے ۳ ½ انچ تک لمبا ہوتا ہے اور اس کا وزن ۳۰۰ سے ۴۵۰ گرین تک ہوتا ہے۔ سر کو دھڑ سے گردن جدا کرتی ہے۔ پسلیاں اس قدر کافی نمو یافتہ ہوتی ہیں کہ سینہ اور شکم کے درمیان امتیاز کرنا ممکن ہوتا ہے۔ غشاء الحدقہ موجود ہوتی ہے۔ پپوٹے اور ہونٹ بند ہوتے ہیں۔ دانت بننے شروع ہو گئے ہیں۔ ہاتھوں کی انگلیاں اور پیروں کی انگلیاں اور ناخنوں کے مبادیات (rudiments) تمیز ہو سکتے ہیں قضیب اور بظر (clitoris) مساوی الطول ہوتے ہیں صنفی تفرق شروع ہوتا ہے۔ سلی کے بہت سے خملات زائل ہو چکے ہیں۔ بشیمہ متمیز ہوتا ہے۔ حبل سُرّی مرغولہ دار تقریباً ۲ ¾ انچ لمبی اور خط ابیض (linea albe) کے ربع زیرین میں منتہی ہوتی ہے۔ صادق غشاء ساقط یا منعکس غشاء

ساقط باہم متماس ہوتی ہیں۔

چار ماہ: مضغہ ۴ سے ۶ انچ تک لمبا ہوتا ہے اور اس کا وزن ۲ سے ۴ اونس تک ہوتا ہے۔ سر جسم کے طول کی چوتھائی کے برابر ہوتا ہے۔ منہ کھلا ہوتا ہے۔ ناک کان اور آنکھیں متمیز ہوتی ہیں۔ بیرونی کان کا طول ۰ء۵ سے ۵ء۵ ملی میٹر ہوتا ہے۔ جلد زیادہ سخت ہوتی ہے۔ بال (یعنی روئیں) بننے شروع ہو گئے ہیں۔ غشاء حدقہ بالکل واضح ہوتی ہے۔ پپوٹے بند ہوتے ہیں۔ قسذالی (occipital) تختہ نشانزد ہو چکا ہے۔ عجز (sacrum) کے زیریں قطعے میں مراکز تعظم موجود ہیں۔ مشیمہ نسبتاً بڑا ہے اور اس کا وزن تقریباً ۲ ۳/۴ اونس ہوتا ہے۔ حبل السری کا طول ۷ ۱/۲ ہوتا ہے۔ یہ زیادہ مرغولہ دار ہوتی ہے اور وہارٹن کا فالودہ (Wharton's) (jelly) پیدا ہو جانے سے موٹی ہو گئی ہوتی ہے۔ یہ خط ابیض (linea alba) کے زیریں ربع سے اوپر منتہی ہوتی ہے۔ صنفیت متمیز ہو سکتی ہے۔ سلی اور انفس باہم متماس ہوتے ہیں۔ جوارح کی حرکات بھی مشاہدہ کی گئی ہیں۔

پانچ ماہ: مضغہ ۷ سے ۱۰ ۱/۲ انچ تک لمبا ہوتا ہے اور اس کا وزن ۱۰ اونس ہے۔ سر ابھی تک غیر متناسب طور پر بڑا ہوتا ہے۔ اور اس پر بال اُگنے شروع ہو گئے ہیں۔ ابروؤں کے ساتھ ساتھ اور پیشانی پر روئیں اُگنے شروع ہو گئے ہیں۔ جلد سرخ ہوتی ہے، اور اس کی سطح دمام جبنی (venix caseosa) سے ڈھکی ہوتی ہے۔ پپوٹے بند ہوتے ہیں۔ غشاء الحدقہ ہنوز موجود ہے۔ بیرونی کان کا طول ۸ سے ۱۲ ملی میٹر تک ہے۔ ناخن بن رہے ہیں اس ماہ میں صدغی (temporal) اور جبہی (frontal) الطباق اُگ آتے ہیں اور سلویائی (Sylvian) حفرہ مثلث ہو جاتا ہے۔ ریل (Reil) کے جزیرہ کی سطح پر تجویفوں کے نشانات پڑ جاتے ہیں۔ عانہ (pubes) اور عظم العقب (os calcis) میں تعظمی مراکز موجود ہوتے ہیں اور امعاء کے اندر صفراء آلود سیال پایا جاتا ہے۔ مشیمہ کا وزن ۶ اونس ہوتا ہے۔ حبل سری کا طول ۱۲ انچ ہوتا ہے۔ ماں مضغہ کی حرکت کو محسوس کر سکتی ہے۔

اس کے بعد کے نموی مدارج صفحہ ۱۹ پہ بیان کئے گئے ہیں۔

باب ۱۵

بچہ کُشی

(INFANTICIDE)

اگر محدود اور اصطلاحی معنے لئے جائیں تو بچہ کشی سے مراد کسی بچہ کو بوقت ولادت یا اس کے جلد ہی بعد مار ڈالنا ہے۔ لفظی طور پر تو چند ہفتہ کی عمر کے بچہ کو مار ڈالنا بھی بچہ کشی ہی قرار دینا چاہیئے، لیکن ایسی مثال طبّی قانون داں کیلئے بالکل مختلف پہلو پیش کرتی ہے کیونکہ اس میں جو شہادت درکار ہے وہ اسی قسم کی ہے جو کہ زیادہ عمر کے اشخاص کے قتل کے مقدمات میں درکار ہوتی ہے۔
صادق بچہ کشی کے واقعہ میں طبّی گواہ سے اس سے بہت زیادہ کچھ طلب کیا جاتا ہے اس امر کے ثبوت کے لئے کہ قتل کا ارتکاب ہو چکا ہے شرط یہ ہے کہ مقتول ایک جداگانہ ہستی رکھ چکا ہو۔ چنانچہ" اگر بچہ کو دوران ولادت میں یا کامل طور پر تولد ہو چکنے سے قبل ہلاک کر دیا جائے تو موجودہ قانون کی رو سے یہ کوئی جرم نہیں ہے ہاں اگر اس کو قبل ولادت ایسے تضررات پہنچائے جائیں جو ولادت کے بعد اس کی موت کا باعث ہوں تو پھر قتل کا قانون عائد ہوتا ہے" قانون کی نگاہ میں ایک جزوی طور پہ پیدا شدہ بچہ جداگانہ ہستی
110 نہیں رکھتا۔ خواہ یہ سانس لے سکتا ہو اور ایک جداگانہ فرد کی حیثیت سے اپنی حیات قائم رکھنے کے قابل ہو چکا ہو۔ بدیں وجہ طبی گواہ کو بچہ کشی کے مقدمہ میں نہ صرف معمولی مقدمات قتل کی مانند سبب موت کے متعلق ہی شہادت دینی پڑتی ہے بلکہ اس کو اس بات کی مزید تحقیق کرنا پڑتی ہے

کہ آیا بچہ سانس لے چکا ہے یا نہیں اور آیا وہ زندہ پیدا ہوا تھا یا نہیں چونکہ بچہ کشی کا ارتکاب بالعموم وضع حمل کے وقوع کو چھپانے کی غرض سے کیا جاتا ہے لہذا یہ فعل خفیہ طور پر اور اکثر مثالوں میں بغیر کسی دوسرے شخص کی مدد کے کیا جاتا ہے چنانچہ زندہ ولادت کا بار ثبوت طبی گواہ کے ذمہ ہوتا ہے۔

بچہ کشی کے مقدمات میں جن سوالات پر غور کرنا ضروری ہے وہ ایک تو ماں سے متعلق ہوتے ہیں دوسرے بچہ سے۔

ملزمہ کے متعلق یہ سوال ہوتا ہے کہ اس نے بچہ کب جنا ہے۔ آیا حال ہی میں جنا ہے یا ولادت بچہ کے بظاہر جتنی مدت گزر چکی ہے اس کے مطابق کسی اور وقت پر۔ اس سوال کے حل کے لئے امارات وضع حمل سے جن پر پہلے بحث ہو چکی ہے، معیار حاصل ہوتے ہیں۔

بچہ کے متعلق جو سوالات کئے جاتے ہیں وہ امور ذیل سے تعلق رکھتے ہیں (۱) وہ کس درجہ پختگی کا ہے (۲) کیا وہ سانس لے چکا ہے یا نہیں (۳) کیا وہ زندہ پیدا ہوا تھا، اور اگر ہوا ہے تو وہ کتنی مدت تک زندہ رہا (۴) سببِ موت کیا تھا (۵) اس کو مرے کتنی مدت ہوئی ہے۔

۱۔ بچہ کا درجہ پختگی کیا ہے

یہ امر اس طرح دریافت کیا جاتا ہے کہ ان علامات عمر کے لحاظ سے جسم کی بغور تحقیق کی جاتی ہے یہ علامات اسکی جو کہ اس موضوع سے متعلق ہے فصل میں بیان کی جا چکی ہیں

۲۔ کیا بچہ سانس لے چکا ہے

اس سوال کے جواب کی ضرورت ہو تو ششوں کا (الف) حجم (ب) رنگت

(ج) بستگی (consistence) (د) اور کثافت نوعی (سیال سکونی کا شفہ) کے لحاظ سے امتحان کرنا چاہئے۔ نیز معدے اور امعاء میں ہوا کے وجود یا عدم وجود سے توثیقی شہادت حاصل ہوتی ہے۔

(ا) ششوں کا حجم تنفس سے قبل اور تنفس سے بعد۔ جب کسی ایسے نوزائیدہ بچہ کے سینہ کو کھولا جاتا ہے کہ جس نے سانس نہ لیا ہو تو اس کے ششش بمشکل دکھائی دیتے ہیں۔ کہفہ صدری زیادہ تر قلب اور تھائیمس (thymus) غدہ سے بھرا ہوا ہوتا ہے۔ اگر ان اعضا کو ایکطرف ہٹا دیا جائے یا صدری دیوار میں جو فتحہ ہے اس کے حاشیوں کو اچھی طرح کھولا جائے تو ششش فقری عمود کے قریب پڑے ہوئے دکھائی دیں گے ششوں کے تیز کنارے سامنے کو پسلیوں کے ایک ثلث طول تک پہنچتے ہیں۔ ان سے ڈایا فرام (diaphragm) کا صرف پچھلا حصہ ہی ڈھکا ہوتا ہے۔ اگر بچہ نے سانس پورے طور پر لیا ہے تو ششوں سے صدر کم وبیش بھری ہوئی ہوتی ہے اور غلاف القلب جزوی طور پر ڈھکا ہوا ہوتا ہے۔ دائیں ششش کی بہ نسبت بایاں بالعموم زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ ششوں کے تیز اور پتلے کنارے گول ہو گئے ہوتے ہیں اور ان کی زیرین سطح سے ڈایا فرام (diaphragm) کی قوس کا اکثر حصہ ڈھکا ہوتا ہے۔ اگر ایسے بچہ کے ششش میں کہ جس نے سانس لیا ہے اور ایسے بچہ کے ششش میں جس نے سانس نہیں لیا حجم کا اختلاف ہمیشہ اتنا ہی نمایاں ہوتا کہ جتنا اوپر بیان کیا گیا ہے تو مزید شہادت کی چنداں ضرورت نہ ہوتی لیکن جو کچھ بیان کیا گیا ہے وہ دو انتہائی مثالوں کا ذکر ہے، یعنی مطلق عدم تنفس کا مقابلہ کامل طور پر قائم شدہ تنفس سے کیا گیا ہے۔ آخر الذکر حالت میں غلطی کا بہت کم احتمال ہے۔ لیکن اگر بچہ نے کمزور یا ناکامل سانس لیا ہو تو اسکے ششوں کے حجم میں اور اس حجم میں جو کہ مضغی حالت میں پایا جاتا ہے، ذرا ہی فرق ہوگا اور ممکن ہے کہ کچھ فرق بھی نہ ہو۔ ان مثالوں میں ششوں کے معائنہ سے کچھ بھی معلوم نہیں ہو سکتا۔

ڈایا فرام (diaphragm) کا محل وقوع ششوں کے حجم کی افزونی نہ صرف ان کو آگے کی جانب ہی پھیلا دیتی ہے بلکہ نیچے کی جانب بھی پھیلا دیتی ہے جس کا

نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ڈایا فرام (diaphragm) کی قوس پست ہو جاتی ہے جن بچوں نے سانس نہ لیا ہو قوس کا بلند ترین حصہ ان کی چوتھی یا پانچویں پسلی کے لیول پر ہوتا ہے اور تنفس کے بعد یہ گر کر چھٹی یا ساتویں پسلی کے لیول پر آجاتا ہے۔ ناکامل تنفس کے بارے میں جو کچھ کہ پیشتر بیان کیا جا چکا ہے اس سے یہ ظاہر ہے کہ ڈایا فرام (diaphragm) کا درجۂ بلندی صرف ایسی مثالوں ہی میں امتیازی ہوتا ہے جو خوب نمایاں ہوں۔ امشکوک مثالوں کا تصفیہ کرنے میں یہ نقطہ بیکار ثابت ہوتا ہے۔ ایسی مثالوں میں بھی جن میں بچے کامل طور پر سانس لے چکے ہوں ڈایا فرام (diaphragm) تقریباً اتنا ہی بلند پایا گیا ہے جتنا بلند کہ وقوع تنفس سے قبل پایا جاتا ہے۔ اعمال گندیدگی سے صدر یا شکم میں جو گیسیں (gases) یا سیالات پیدا ہو جاتے ہیں ان سے بھی ڈایا فرام (diaphragm) کا انحنا بدل جاتا ہے۔

(ب) ششوں کی رنگت قبل از تنفس اور بعد از تنفس۔

قبل از تنفس پھیپھڑوں کا رنگ پھیکا بھورا ہوتا ہے۔ یہ جگر سے مشابہ لیکن اس سے زیادہ پھیکا ہوتا ہے۔ کیسپر (Casper) اور لیمن (Liman) نے اس رنگ کو پانی ملے ہوئے تیز چاکولیٹ (chocolate) کے رنگ سے تشبیہ دی ہے۔ لیکن بعض اوقات یہ زیادہ ہلکا ہوتا ہے اور دودھ ملے ہوئے چاکولیٹ کے رنگ سے زیادہ مشابہ ہوتا ہے۔ کناروں پر یہ رنگ قدرے زیادہ شوخ ہوتا ہے۔ یہ رنگ پھیپھڑوں میں خون کی مقدار کے لحاظ سے اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ لختوں کو زیادہ ہلکے رنگ کے خطوط ظاہر کرتے ہیں۔ جن پھیپھڑوں نے سانس نہ لیا ہو غیر وقیع مستثنیات سے قطع نظر ان کی ایک نمایاں خصوصیت یہ ہے کہ تمام سطح کا رنگ یکساں ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ موخر حصہ مقدم سے سیاہ تر ہو لیکن منقش یعنی چیتی دار نہیں ہوتا۔

بعد از کامل تنفس پھیپھڑے زیادہ ہلکا رنگ اختیار کر لیتے ہیں یہ رنگ ہلکے سرخ اور سیاہ نیلے سے سرخ کے درمیان بہت سے لونی مدارج ظاہر کرتا ہے۔ اگر پھیپھڑوں میں بہت خون موجود ہو تو سیاہ نیلے سے سرخ رنگ کی زمین (ground-tone) پر شوخ رنگ کے دھبے اور قطعے دکھائی دیتے ہیں۔ اگر خون کم مقدار میں ہوتا ہے

تو زمین ہلکے سُرخ رنگ کی ہوتی ہے اور اس پر قطعے سیاہ تر رنگ اختیار کئے ہوئے ہوتے ہیں۔ یہ مرمری یا چیتی دار منظر، وقوع تنفس کی ایک امتیازی خصوصیت ہے۔ چونکہ یہ گہرے (shaded) دھبے اور قطعے جو فیزوں کے ہوائی انتفاخ سے بنتے ہیں لہذا یہ پھیپھڑے کی باقی سطح سے ذرا اوپر ابھرے ہوتے ہیں۔ سانس لئے ہوئے پھیپھڑے کا پلورا (pleura) بہت شفاف ہوتا ہے، اور نیچے کے رنگوں کو آب بخشتا ہے۔ اس کے برخلاف مُضغی پھیپھڑے کی سطح دھندلی اور غیر شفاف ہوتی ہے۔ یہ امر نہایت ضروری ہے کہ پھیپھڑوں کا رنگ صدر کھولنے کے ساتھ ہی مشاہدہ کیا جائے۔ کیونکہ ہوا میں کھلا رہنے سے رنگ جلد بدل جاتا ہے اور زیادہ ہلکا ہو جاتا ہے۔

اگر بچہ نے صرف تھوڑی مدت تک کمزور سانس لیا ہو تو ممکن ہے کہ شُش کی سطح پر ایسے دھبوں یا قطعوں کی حیثیت سے کہ جن کا رنگ باقی پھیپھڑے سے مختلف ہو، علامات موجود ہوں۔ لیکن یہ بھی ممکن ہے کہ نہ ہوں یہ دھبے یا قطعات سب سے پہلے بالعموم دائیں پھیپھڑے کے بالائی لختہ کے کنارے پر رونما ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ اسوقت جبکہ دونوں پھیپھڑوں کی باقی سطح پر نہ بھی موجود ہوں، یہ یہاں موجود ہوں۔ یہ پھیپھڑوں کے اُن حصوں کے بھورے سے یکساں رنگ کے مقابلہ میں کہ جن میں ہوا ابھی داخل نہیں ہوئی، سُرخ یا نیلے سے سُرخ دھبے نظر آتے ہیں۔ دھبے بے قاعدہ رنگ کے ہو سکتے ہیں اوران کا منظر چیتی دار ہوتا ہے اور چونکہ یہ منتفخ جو فیزوں سے پیدا شدہ ہوتے ہیں لہذا اس امر کا یقینی ثبوت ہوتے ہیں کہ پھیپھڑوں میں ہوا داخل ہو چکی ہے لیکن استثنائی حالات میں یہ بھی ممکن ہے کہ یہ مفقود ہوں اور یہ اس صورت میں بھی ممکن ہے جب کہ بچہ ولادت کے بعد کچھ دیر تک زندہ رہ چکا ہو، اور اس کا تنفس ناکامل ہوتا رہا ہو۔

مصنوعی انتفاخ سے پھیپھڑوں کی سطح شوخ سرخ رنگ اختیار کر لیتی ہے جو بقول کیسپر (Casper) سطح کے اوپر بغیر چتیوں کے کسی شائبہ کے یکساں طور پر پھیلا ہوتا ہے۔ ٹیلر (Taylor) اور سٹیونسن (Stevenson) نے ایک واقعہ کا

ذکر کیا ہے جس میں بریکسٹن ہکز (Braxton Hicks) نے ایک مردہ مولود
(stillborn) بچے میں مصنوعی انتفاخ انجام دیا لیکن احیا کی کوشش ناکام رہی۔ صدر
کھولنے پر معلوم ہوا کہ پھیپھڑے کے تقریباً تین چوتھائی حصے کے جوفیزے ہوا وصول
کر چکے ہیں لیکن پھیپھڑوں کا رنگ اس رنگ سے جو قدرتی تنفس کے بعد پایا جاتا ہے مختلف ہے یعنی
پھیکا بادامی (pale fawn) ہے۔ اس کے برخلاف رُنج[1] (Runge) اور آبلانسکی[2] 112
(Obolonsky) نے اس امر پر زور دیا ہے کہ چیتی دار منظر انتفاخ کے اس طریقے سے
بھی پیدا ہو سکتا ہے کہ جو شلٹزی (Schultze's) جھولانا کے نام سے موسوم ہے۔

اگر نوزائیدہ بچہ کی موت کا سبب نزف ہو تو پھیپھڑے زرد اور سُرخی مائل خاکی رنگ کے ہوتے ہیں لیکن اگر تنفس ہو چکا ہو تو ہلکے رنگ کی زمین پر نیلے سے سیاہ رنگ کی مرمریت دکھائی دیتی ہے۔

اس کو مختصراً اسطرح کیا جا سکتا ہے کہ پھیپھڑوں کا یکساں بھُورا سا رنگ مضغی حالت کی دلیل ہے۔ اور مختلف رنگوں سے بنا ہوا چیتی دار یا مرمری منظر، ویسا جیسا کہ بیان ہو چکا ہے، ایسے پھیپھڑوں کی امتیازی صفت ہے جو سانس لے چکے ہوں۔ مصنوعی انتفاخ کے امکان کا بھی خیال رکھنا چاہیئے۔

(ج) پھیپھڑوں کی لیسنگی تنفس سے قبل اور اس کے بعد۔ تنفس سے قبل مضغی پھیپھڑہ جگر سے مشابہ ہوتا ہے نہ صرف رنگ میں بلکہ ساخت میں بھی۔ یہ پھیپھڑا ٹھوس اور سخت ہوتا ہے اور دبانے پر انگلی کو مزاحمت پیش کرتا ہے۔ تنفس کے بعد پھیپھڑا لچکدار اور نرم ہو جاتا ہے۔ اگر انگلی اور انگوٹھے سے چٹکی بھریں تو تکتکہ (crepitation) کا احساس ہوتا ہے۔ مضغی پھیپھڑوں اور سانس لئے ہوئے پھیپھڑوں کے درمیان جو لیسنگی کا اختلاف ہے، وہ جوفیزوں میں ہوا کے علی الترتیب وجود یا عدم وجود پر موقوف ہوتا ہے۔ اس لئے اگر تنفس ناکامل طور پر ہوا ہو تو سانس لئے ہوئے پھیپھڑے کی امتیازی لمس کا احساس محض جزئی طور پر

[1] Berliner klin. Wochenschr., 1882.

[2] Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 1888.

پایا جائے گا۔ اور یہ بھی ممکن ہے کہ یہ بالکل غائب ہو۔ جب یہ احساس جزی طور پر موجود ہوتا ہے تو پھیپھڑے کے بعض حصے تکتکہ (crepitate) ظاہر کرتے ہیں اور بعض نہیں کرتے۔

تنفس کے جاری ہونے کے ساتھ ہی رئوی (pulmonary) دوران خون بھی شروع ہو جاتا ہے۔ مضغی حیات کی اثنا میں پھیپھڑوں میں پہنچنے والا خون اس مقدار تک محدود رہتا ہے جو تغذیہ کے لئے ضروری ہوتی ہے لیکن جب تنفس جاری ہو جاتا ہے تو جسم کا تمام خون دوری طور پر پھیپھڑوں میں سے گزرتا ہے اور اس وجہ سے ان کے اندر مضغی حالت سے کہیں زیادہ مقدار میں خون موجود ہوتا ہے۔ مضغی پھیپھڑے میں اگر شگاف دیا جائے تو اس کی تراشش جگر کی مانند محسوس ہوتی ہے اور آہستہ سے دبانے پر کٹی ہوئی سطحات سے کہ جن کا رنگ یکساں ہوتا ہے صرف کہیں کہیں سے تھوڑا سا خون نکل پڑتا ہے۔ سانس لئے ہوئے پھیپھڑے اس سے کم آسانی سے کٹتے ہیں کیونکہ بافتیں لچک کی وجہ سے چاقو کے سامنے دب جاتی ہیں اور چاقو کی ضرب سے تکتکہ دار آواز پیدا ہوتی ہے۔ انکی کٹی ہوئی سطح کا رنگ بے قاعدہ ہوتا ہے اور اگر اس کو چاقو کے پھل سے کھرچا جائے تو اس سے خون آلود کف حاصل ہوتا ہے۔

تنفس جاری ہونے کے بعد پھیپھڑوں میں سے جو خون کی بڑھی ہوئی مقدار گزرتی ہے تو اس سے ان کے وزن میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ اور یہی وہ حقیقت ہے کہ جس پر نام نہاد سکونی کاشفہ کی بنیاد رکھی گئی ہے۔ تنفس سے قبل پھیپھڑوں کا اوسط وزن ۴۵۰ سے لیکر ۶۰۰ گرین تک اور تنفس سے بعد ۹۶۰ گرین بیان کیا گیا ہے۔ لیکن بیشمار مشاہدات سے یہ امر ثابت ہو گیا ہے کہ یہ اعداد پھیپھڑوں کے علی الترتیب حقیقی وزن کا حقیقی اظہار کرنے سے کہیں دور ہیں چونکہ زیر معائنہ بچہ کے پھیپھڑوں کو تنفس سے قبل اور اس کے بعد تولا نہیں جا سکتا لہذا سکونی (static) کاشفہ سے فائدہ اٹھانے کے لئے یہ ضروری ہے کہ ایک قابل اعتبار اوسط وزن معلوم ہو لیکن یہ ناممکن ہے کیونکہ کیا تنفس سے قبل اور کیا اس کے بعد، پھیپھڑوں کے وزن میں بے حد اختلاف پایا جاتا ہے۔ نوزائیدہ بچوں میں پھیپھڑوں کے اوزان کے اختلاف سے جو دقت پیش آتی ہے اس کو رفع کرنے کے لئے پلوکے (Ploucquet) نے یہ

تجویز پیش کی ہے کہ کل جسم کے وزن اور پھیپھڑوں کے وزن کے درمیان ایک خاص تناسب فرض کر لیا جائے لیکن یہ مفروضہ مغالطہ انگیز ہوگا، کیونکہ یہ تناسب ہرگز پایا نہیں جاتا یسکونی کاشفہ کسی قسم کا بھی ہو تنفس کا وقوع یا عدم وقوع معلوم کرنے کے لئے ایک بے کار ذریعہ ہے۔

(د) پھیپھڑوں کی کثافت نوعی تنفس سے قبل اور تنفس سے بعد

جب بچہ سانس لے چکے تو پھیپھڑے سکونی طور پر گراں تر ہو جاتے ہیں لیکن کثافت نوعی کے نقطۂ نظر سے سبک تر ہو جاتے ہیں، کیونکہ جو فیزوں میں جو ہوا موجود ہوتی ہے، وہ اس اضافہ وزن کی کہ جو خون کے داخل ہونے سے پیدا ہو جاتا ہے، ضرورت سے زیادہ تلافی کر دیتی ہے۔ سیال سکونی کاشفہ کی بنیاد اس اختلاف پر رکھی گئی ہے جو سانس لئے ہوئے اور سانس نہ لئے ہوئے پھیپھڑوں کی کثافت نوعی کے درمیان پایا جاتا ہے۔ یعنی اس حقیقت سے فائدہ اٹھایا جاتا ہے کہ پانی کے مقابلہ میں ایک مضغی رئوی بافت کی کثافت نوعی زیادہ ہوتی ہے لیکن سانس لئے ہوئے پھیپھڑے کی کثافت نوعی کمتر ہوتی ہے اس لئے اگر سانس لئے ہوئے پھیپھڑوں کو پانی میں رکھ دیا جائے تو وہ تیرنے لگتے ہیں اور اگر سانس نہ لی گئی ہو تو وہ ڈوب جاتے ہیں۔ 113

سیال سکونی کاشفہ (hydrostatic test) حسب ذیل طریقہ پر کیا جاتا ہے۔ پھیپھڑوں کو مع اپنی شعبتوں کے اس مقام تک کہ جہاں شعبتین قصبۃ الریہ سے ملتی ہیں اور قلب کو کلیتہً (en masse) نکال لیا جاتا ہے اور کچھ پانی میں جو کسی مناسب برتن کے اندر پڑا ہو رکھ دیا جاتا ہے۔ اب یا تو وہ تیرتے رہیں گے یا ڈوب جائیں گے۔ اگر تیرتے رہیں تو پھر یہ دیکھنا چاہئے کہ کیا ان کا بیشتر حصہ سطح آب سے اوپر رہتا ہے یا وہ تقریباً یا مکمل طور پر زیر آب رہتے ہیں۔ پھر قلب کو جدا کر دینا چاہئے شعبتوں کو کاٹ دینا چاہئے اور دونوں پھیپھڑوں کو الگ الگ باندھ دینا چاہئے اور ترتیب وار ان کی اچھال کا درجہ دیکھنا چاہئے اسی طرح جس طرح کہ پہلے دیکھا گیا تھا پھر دونوں پھیپھڑوں کو تقریباً بارہ بارہ ٹکڑوں میں تقسیم کر دیا جاتا ہے اور ہر ایک ٹکڑے کی الگ الگ آزمائش کی جاتی ہے اگر یہ تیرتے رہیں تو ان کو پانی میں سے نکال لیا جاتا ہے اور زور سے بھینچا جاتا ہے تاکہ اگر ممکن ہو تو ہوا یا گیس کو جس کی وجہ سے یہ

تیرتے ہیں، باہر دھکیل دیا جائے۔ اگر قدرتی تنفس کے فعل کی اثنا میں ہوا داخل ہو چکی ہو تو خواہ کتنے ہی درجہ کی قوت سے کیوں نہ بھینچا جائے، ہوا خارج نہ ہوگی، الّا اس صورت میں کہ یہ قوت اس قدر زبردست ہو کہ ساتھ رئوی بافت کو بھی ریزہ ریزہ کر ڈالے، بدیں وجہ اگر ٹکڑوں کو دوبارہ پانی میں رکھ دیا جائے تو وہ اب بھی تیریں گے۔ اگر پھیپھڑے ڈوب جائیں تو یہ دیکھنا چاہئے کہ ایک ہی پھیپھڑا ڈوبتا ہے یا دونوں ڈوبتے ہیں، اور آیا سرعت سے ڈوبتے ہیں یا آہستہ ڈوبتے ہیں۔ پھر پھیپھڑوں کو تقریباً بارہ ٹکڑوں میں تقسیم کر لیا جاتا ہے اور ہر ٹکڑے کی الگ الگ آزمائش کی جاتی ہے۔ اگر سالم پھیپھڑے بھی اور تقسیم شدہ پھیپھڑوں کے ٹکڑے بھی ڈوب جائیں تو یہ اس امر کا ایک قرین قیاس (presumptive) ثبوت ہے کہ بچہ نے سانس نہیں لیا۔

سیال سکونی کا شفہ میں جو مغالطات ممکن ہیں، وہ یہ ہیں:- (الف) پھیپھڑے مصنوعی انتفاخ کی وجہ سے اور (ب) اگندیدگی کی گیسوں کی وجہ سے بھی تیر سکتے ہیں (ج) وہ مرض کے اثرات کی وجہ سے اور (د) بانا کامل انتفاخ (atelectasis) کی وجہ سے (ہ) یا بعضی حالت کی مطلق بقا کی وجہ سے بھی ڈوب سکتے ہیں، خواہ بچہ نے سانس لیا ہو اور کچھ عرصہ زندہ بھی رہا ہو۔

(الف) مصنوعی انتفاخ۔ یہ کئی طریقوں سے انجام دیا جا سکتا ہے۔ یا اس طرح کہ عامل اپنا منہ براہ راست بچہ کے منہ کے ساتھ لگا دیتا ہے یا اس طرح کہ ایک نقرئی قثاطیر (catheter) یا کوئی ایسا ہی اوزار منہ کی راہ سے قصبتہ الریہ میں داخل کر دیا جاتا ہے اور ہوا کو پھیپھڑوں کے اندر دھکیلا جاتا ہے یا اس طریق سے جو شلٹز کا جھلانے (Schultze's-swinging) کا طریقہ" کے نام سے معروف ہے۔ نوزائیدہ بچہ کے پھیپھڑوں کو منتفخ کرنا کوئی آسان بات نہیں ہے کیونکہ ہوا پھیپھڑوں کی بجائے معدہ میں پہنچ جانے کا رحجان رکھتی ہے۔ جب احیاء کی کوشش کامیاب نہیں ہوتی تو بعد الموت امتحان یہ ظاہر کرتا ہے کہ پھیپھڑے کا انتفاخ جزوی حد سے شاذ و نادر ہی زیادہ ہوتا ہے۔ جیسا کہ پیشتر بیان ہو چکا ہے، مصنوعی طور پر منتفخ کردہ پھیپھڑوں کا منظر ان پھیپھڑوں کے

منظر سے جن میں مکمل قدرتی تنفس ہو چکا ہو، بہت مختلف ہوتا ہے۔ اس امر پر بھی زور دیا گیا ہے کہ ایک مزید اختلاف بھی موجود ہوتا ہے یعنی مصنوعی طور پر منتفخ شدہ پھیپھڑوں کے اندر کی ہوا کو دباؤ سے خارج کیا جا سکتا ہے۔ لیکن تجربہ سے اس اختلاف کی نفی ہوتی ہے، اور فعلیاتی تجربہ سے بھی اس کی تردید ہوتی ہے۔ بریکسٹن ہکس (Braxton Hicks) کے مصنوعی انتفاخ کی مذکورہ بالا مثال میں منتفخ شدہ ٹکڑے کسی مقدار کے دباؤ کے بعد بھی بشرطیکہ یہ بافت کو تباہ نہ کرتی ہو نہیں ڈوبے۔ ان متضاد بیانات کی توجیہہ غالباً اس امر پر منحصر ہے کہ مصنوعی طور پر داخل کردہ ہوا کا محل و قوع کیا ہے۔ اگر ہوا جو فیزوں میں پہنچ جائے، بغیر اس کے کہ ان کی دیواریں منشق ہوں تو یہ امر فرض کر لینے کے لئے کوئی وجہ نہیں ہے کہ یہ ہوا اس ہوا کے مقابلہ میں جو قدرتی طور پر دم کشیدہ (inspired) ہو زیادہ آسانی سے خارج کی جا سکتی ہے۔ لیکن اگر یہ ہوا نخنکی شعبتوں سے آگے نہ گھسی ہو، یا اگر (جیسا کہ مصنوعی انتفاخ میں اکثر ہوتا ہے) اس کو اتنے دباؤ کے ساتھ دھکیلا گیا ہو کہ جو فیزوں کے درمیانی فاصلات پھٹ گئے ہوں اور ہوا زیر پلوری (subpleural) توصیلی بافت میں دخلیاب ہو گئی ہو اور اس صورت میں پھیپھڑوں کے ٹکڑوں کو دبایا جائے تو ہوا کے خارج ہونے میں کوئی امر مانع نہیں ہو سکتا۔

کہا جاتا ہے کہ مصنوعی انتفاخ سے پھیپھڑوں کو منتفخ کرنے میں اگر صرف جزوی کامیابی ہوئی ہو تو ان میں کچھ مزید خون داخل نہیں ہوتا ہے اور وہ جنینی حالت کی بہ نسبت زیادہ حجیم ہو جاتے ہیں لیکن گراں تر نہیں ہوتے، نیز پھیپھڑوں کے جرم میں شگاف دینے سے قدرتی طور پر سانس لئے ہوئے پھیپھڑے کی مانند خون نہیں نکلتا۔ کیسپر (Casper) اور دیگر سرکردہ ماہرین نے اس خیال کی تائید کی ہے، تاہم گذشتہ سالوں میں یہ خیال غلط ثابت ہو چکا ہے۔ رنج[1] (Runge) سمر[2] (Sommer) اور آبلانسکی[3] (Obolonsky) سب نے ایسے واقعات درج کئے ہیں کہ شلتری جھلاؤ

۱ Berliner klin Wochenschr., 1882.

۲ Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 1885.

۳ Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 1888.

(Schultze's-swinging) کے ذریعہ مردہ مولودوں کے پھیپھڑوں نے ان پھیپھڑوں کے جنہوں نے قدرتی طور پر سانس لیا ہو، تمام خواص حاصل کر لیئے ہیں۔ اَبلانسکی (Obolonsky) نے ایک عورت کی لاش سے جو یکایک مرگئی تھی قیصری شگاف (Cæserian section) کے عملیہ کے ذریعہ جو کہ موت سے ۱۰ امنٹ بعد عمل میں لایا گیا، ۹ مہینے کا مضغہ نکالا۔ یہ بچہ مردہ تھا اور شلٹنزی جھلاؤ (Schultze's-swinging) کے ذریعہ اس کے احیا کی کوشش کی گئی۔ کوشش ناکام رہی اور لاش کا امتحان کرنے پر صدری کہفہ پھیپھڑوں سے تقریباً تمامتر بھرا ہوا پایا گیا۔ دونوں پھیپھڑوں کے راس اور لختکوں کے کنارے گلگوں تھے، اور پھیپھڑوں کی باقی سطح ارغوانی مائل بسرخ رنگت کی تھی جس پر گلگوں دھبے تھے، اور حقیقتی دار یعنی مرمری منظر پیش کرتی تھی۔ سطح آبی پر پھیپھڑے تیرتے تھے اور پھیپھڑوں کو تقسیم کرنے کے بعد ان کے تمام ٹکڑے بھی تیرتے تھے سوائے ان ٹکڑوں کے جو پچھلے رخ سے لئے گئے تھے۔ راسوں میں جو شگاف دیا گیا تھا، اس کے کناروں سے خون آلود کف مترشح ہوتا تھا۔ اسی مصنف نے اور بھی واقعات درج کئے ہیں، جن میں مصنوعی طور پر منتفخ شدہ پھیپھڑوں میں شگاف دینے پر خون آلود کف حاصل ہوا۔

لہٰذا قدرتی تنفس اور مصنوعی انتفاخ سے واقع شدہ تنفس کے درمیان زمانہ ماضی میں جو فرق کیا جاتا تھا اس کو اب کوئی قطعی فرق تسلیم نہیں کیا جاسکتا۔ بلاشک بہت سے ایسے واقعات ہیں کہ جن میں یہ صحیح اترتا ہے۔ لیکن چونکہ اس کی مستثنیات کا وجود بھی ثابت شدہ ہے، لہٰذا یہ ماننا پڑتا ہے کہ اس امر کا کہ آیا پھیپھڑوں نے نامکمل طور پر سانس لیا ہے یا مصنوعی طور پر منتفخ ہوئے ہیں ایسا کوئی معروف کاشفہ نہیں ہے کہ جس کی بنا پر کوئی بے خطا رائے ظاہر کی جاسکے۔

طبیعی شہادت سے اگر قطع نظر کر لیا جائے تو مشتبہ بچہ کشی کی وارداتوں میں مصنوعی انتفاخ کا انجام دیا جانا ایک خلاف عقل بات ہے۔ نوزائیدہ بچہ میں انتفاخ انجام دینا ایک ایسا کام ہے جو کہ کسی ماہر کے لئے بھی مشکل ہے۔ کسی

معمولی عورت کا کسی خاص واقفیت کے بغیر اس کو انجام دینا شاید ہی ممکن ہو۔ شلٹز (Schultze) کا طریقہ کہ جس میں پھیپھڑوں کو اس درجہ تک منتفخ کیا جاتا ہے کہ ہو بہو تمام تنفس کے اثرات سے متناسب ہو، اس ملک میں بہت کم رائج ہے اور اس کی انجام دہی کے لئے ماہرانہ علم اور مشق کی ضرورت ہے۔ اور اگر یہ انتفاخ کسی دیگر شخص نے کہ جس نے وضع حمل کے وقت تیمارداری کی ہو انجام دیا ہو تو اس امر کا ثبوت برآمد ہونا چاہیئے۔

(ب) تحلیل کے گیس (gases) - پھیپھڑے اعضا کے اس گروہ سے تعلق رکھتے ہیں جو آہستہ سڑتے ہیں۔ اگر صدر صحیح و سالم ہو اور گندیدگی کی بیرونی امارات موجود نہ ہوں اور یا صرف ابتدائی درجہ کی ہوں تو یہ امر تسلیم کیا جا سکتا ہے کہ جہاں تک بیال سکوئی کا شفہ کا تعلق ہے تحلیل کے گیسوں (gases) سے پھیپھڑے متاثر نہیں ہوتے۔ پھیپھڑوں میں گندیدگی کی اول ترین علامت یہ ہوتی ہے کہ جرم ریوی اور پلورا کے درمیان چھوٹے چھوٹے کیسک جو گیس سے بھرے ہوتے ہیں نمودار ہو جاتے ہیں اور گیس کے دباؤ کی وجہ سے پلورا (pleura) الگ الگ مقامات پر اُٹھ آتا ہے۔ یہ کیسک پہلے پہل تختکوں کے آزاد کناروں اور پھیپھڑے کے قاعدے پر نمودار ہوتے ہیں اور بعد میں پھیپھڑوں کی عمیق تر بافتیں بھی گیس سے دریختہ ہو جاتی ہیں۔ جو کیسک پلورا کے نیچے پائے جاتے ہیں ان کی جسامت آلپین کے سر کی جسامت سے لیکر لوبیے کی جسامت تک اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ کیسک گندیدگی کے ابتدائی درجہ میں چھوٹے ہوتے ہیں اور بسا اوقات گچھوں یا صفوں کی صورت میں پائے جاتے ہیں۔ انگلی کے دباؤ سے گیس کو ایک جگہ سے دوسری جگہ سرکایا جا سکتا ہے اور اگر کیسک چھوٹا ہو تو جوں ہی گیس پلورا (pleura) کے تلے سے کھسک جاتی ہے، یہ کیسک بھی زائل ہو جاتا ہے۔ اگر اس کیسک کو سوئی چبھوئی جائے کہ جس سے گیس خارج ہو تو پلورا (pleura) چپٹا ہو کر بیٹھ جاتا ہے وہ ہوا جو فیزوں کے اندر ہوتی ہے نہ تو دباؤ سے خارج ہوتی ہے اور نہ خالی سوئی چبھونے سے خارج ہوتی ہے۔ یہ امر قابل لحاظ ہے کہ اگر مصنوعی انتفاخ کی زوردار کوشش کی جائے تو جو فیزے متشقق ہو کر ایک ایسا

115 منظر پیدا کر دیتے ہیں کہ جو گندیدگی کے چھوٹے گیسکوں سے مشابہ ہوتا ہے گندیدگی کے ابتدائی درجے میں پھیپھڑے اپنا اصلی منظر قریب قریب برقرار رکھتے ہیں۔ لہذا ایک مضغی پھیپھڑے کا رنگ ایک سانس لئے ہوئے پھیپھڑے کے رنگ سے بہ آسانی تمیز کیا جا سکتا ہے۔ لیکن اگر گندیدگی زیادہ ترقی یافتہ درجہ تک پہنچ چکی ہو تو پھیپھڑے کا رنگ تاریک سبز، اور بعض اوقات تقریباً سیاہ یا میلا سا بھورا ہو جاتا ہے۔ اس کا جرم نرم ہو جاتا ہے اور اس کو تراشنے پر ایک میلا سا سرخ سیال نکلتا ہے۔ اس وقت یہ نہایت ہی بدبودار ہو جاتا ہے۔ جس سرعت سے سانس لئے ہوئے پھیپھڑے سڑتے ہیں مضغی پھیپھڑے اس سرعت سے نہیں سڑتے۔

جب مضغی رئوی بافت تحلیل کے گیسوں سے دررپختہ ہو جاتی ہے تو اس کی کثافت نوعی بھی کم ہو جاتی ہے۔ اور وہ اس حالت میں تیرتی ہے۔ اگر اس حالت میں مضغی پھیپھڑے کے ایک ٹکڑے کو پانی کے اندر رکھ کر انگلی اور انگوٹھے کے درمیان دبایا جائے تو اس سے نسبتہً بڑے بڑے اور بے قاعدہ شکل کے متعدد ہوائی حباب نکلتے ہیں جو پانی میں سے گذر کر اوپر کی جانب چڑھتے ہیں۔ اگر یہی سلوک سانس لئے ہوئے تازہ پھیپھڑے کے ٹکڑے کے ساتھ کیا جائے تو اس سے باریک مساوی الجسامت حبابوں کی جھڑی خارج ہوتی ہے۔ دباؤ تحلیل یافتہ پھیپھڑوں سے ہوا دھکیل کر خارج کر دیتا ہے لہذا جو ٹکڑے اپنی اصلی حالت میں تیرتے ہیں دبانے کے بعد وہ ڈوب جاتے ہیں لیکن سانس لئے ہوئے پھیپھڑوں کی صورت میں بھی اسوقت جب کہ وہ گندیدگی سے ملائم ہو گئے ہوں یہی نتیجہ مرتب ہوتا ہے۔ مضغی پھیپھڑے جو گندیدگی سے تیراک ہو جاتے ہیں زیادہ ترقی یافتہ درجۂ تحلیل حاصل کرنے پر خود بخود اس خاصہ کو کھو دیتے ہیں اور جس طرح گندیدگی سے متاثر ہونے سے قبل وہ ڈوب جاتے تھے اس طرح پھر ڈوب جاتے ہیں۔

یہ تسلیم کیا جا سکتا ہے۔ کہ جب پھیپھڑے گندیدگی کے ترقی یافتہ درجہ میں ہوں تو سیال سکونی کا تشقیہ سے کوئی معتبر شہادت حاصل نہیں ہوتی۔ لیکن اس فصل کے

آغاز میں جو حقیقت بیان کی گئی ہے اسے یاد رکھنا چاہیئے، یعنی یہ کہ پھیپھڑے آہستہ سے سڑتے ہیں، لہذا بیرونی گندیدگی کا ترقی یافتہ ہونا پھیپھڑوں کی آزمائش کی ضرورت کو کالعدم نہیں کرتا۔ آگسٹن[۱] (Ogston) نے ایک بچہ کی لاش میں کہ جس کو مرے ہوئے ۵ ماہ ہو گئے تھے پھیپھڑوں میں کوئی گندیدگی زا اچھال نہ پایا۔ کیسپر (Casper) نے دو نوزائیدہ بچوں کا جن کی لاشیں تحلیل کے ترقی یافتہ درجہ پر تھیں، امتحان کیا۔ ان کے قلب اور جگر تیرتے تھے لیکن پھیپھڑے ڈوب جاتے تھے۔ امتیاز کے لیئے کہہ سکتے ہیں کہ وہ شہادت جو کہ پھیپھڑوں کے تیرنے سے حاصل ہوتی ہے اس صورت میں قطعاً ناقابلِ اعتبار ہوتی ہے، جب کہ اعضا سڑ رہے ہوں اور وہ شہادت جو پھیپھڑوں کے ڈوبنے سے حاصل ہوتی ہے، قابل اعتنا ہے، بشرطیکہ گندیدگی ترقی یافتہ درجہ تک نہ پہنچ چکی ہو۔

(ج) **اثرات مرض**۔ حیات کے پہلے دنوں میں رئوی مرض شاذ و نادر پایا جاتا ہے اسکی بعض اشکال مثلاً ذات الریہ (pneumonia)، ذات الجنب بالانصباب (pleurisy with effusion) اور نام نہاد رئوی سکتہ (pulmonary apoplexy) تنفس واقع ہو چکنے کے بعد پھیپھڑوں کو ان کی اچھال سے محروم کر سکتے ہیں۔ اگر مرض کی ابتدا درون رحمی (intra-uterine) حیات میں ہوئی ہو تو اس سے پھیپھڑوں میں ہوا کا داخلہ کامل یا جزئی طور پر بند ہو جا سکتا ہے۔ دم گھٹنے سے موت واقع ہو تو اس درجہ کی بیش دمویت یا رئوی اڈیما پیدا ہو جاتا ہے کہ پھیپھڑے ڈوب جاتے ہیں۔ ان حالتوں میں سے کسی حالت میں بھی دقت پیش نہیں آتی، کیونکہ مرض سے پیدا شدہ مرضیاتی مناظر خالی آنکھ یا خردبین کی مدد سے صاف نظر آتے ہیں۔ بیش دمویت کی حالت سے کہ جو دم گھٹنے سے پیدا ہوتی ہے، اگر قطع نظر کر لیا جائے تو غیر ممکن تو نہیں لیکن غیر اغلب نظر آتا ہے کہ دونوں پھیپھڑے سارے کے سارے مرض سے اس قدر متاثر ہو گئے ہوں کہ تقسیم شدہ حالت میں ڈوب جاتے ہوں۔ اگر پھیپھڑوں کی

[۱] Lectures on Medical Jurisprudence.

غرق پذیری ایسے تجمّد (consolidation) کا نتیجہ ہو جو تنفس ہونے کے
بعد پیدا ہوا ہو تو قصبۃ الریہ میں پھونک مار کر پھیپھڑوں کو منتفخ کرنے کی کوشش
ناکام رہے گی۔ لیکن اگر یہ تجمّد مضغی حالت کے قایم رہنے کا نتیجہ ہو تو اس طریق
سے انتفاخ انجام دینا ایک ممکن امر ہے۔

(د) نامکمل تنفس ایک عجیب و غریب امر نہایت ہی
استثنائی طور پر پایا جاتا ہے۔ باوجود اس کے کہ بچہ کئی ساعت تک زندہ
رہ چکا ہو، اور اس اثنا میں اسکے سینہ میں بھی معمولی تنفس کی طرح مد و جزر ہوتا رہا ہو
اور باوجود اس کے کہ وہ رو بھی چکا ہو (جو کہ اور بھی عجیب ہے) موت کے بعد اس کے 116
پھیپھڑوں میں مضغی حالت مکمل طور پر قایم رہتی ہے۔ یعنی علی الترتیب رنگ،
حجم، تنگی، کثافت، نوعی بالکل ایسے پھیپھڑے کی مانند ہوتے ہیں جس نے سانس
نہ لیا ہو۔ تہویہ (aëration) کے مکمل عدم وقوع سے لیکر اس درجۂ انتفاخ تک
جو کہ کامل ہوا یافتہ تنفس کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جزوی انتفاخ کے تمام مدارج
ملتے ہیں۔ ان کوائف کے لئے ایٹ لیکٹیسس (atelectasis) کا لفظ استعمال
کیا جاتا ہے، جس کے معنی ہیں "نامکمل تمدّد" طبی قانون داں اس لفظ کو کسی فعلیاتی
وظیفہ (function) کی ناتمام انجام دہی کا مفہوم ادا کرنے کے لئے استعمال
کرتے ہیں۔ اور بعض لوگ اس کو کسی اکتسابی (acquired) مرضیاتی کیفیت مثلاً
پھیپھڑوں کے جزئی تجمّد کا مفہوم ادا کرنے کے لئے استعمال کرتے ہیں۔
یہ لفظ غیر ضروری اور غیر سہولت دہ ہے کیونکہ "نامکمل تمدد" کا فقرہ کافی ممیز ہے۔
اور مضغی کیفیت کی مطلق بقا کا مفہوم ادا کرنے کے لئے "عدم تمدد"
کا لفظ تراشا جا سکتا ہے۔ اور چونکہ اٹے لیک ٹیسس (atelectasis) خود ایک
تقابلی اصطلاح ہے، لہذا اس میں اسی طرح کے الفاظ جوڑنا غیر مناسب ہے۔

اس عجیب امر کی کہ کسی بچہ میں کئی ساعت تک زندہ رہنے اور سانس
لینے پر بھی موت کے بعد وقوع تنفس کا کوئی نشان نہیں ملتا، توجیہہ کرنے
کی متعدد کوششیں کی گئی ہیں۔ مشکا (Maschka) اس امر سے انکار کرتا ہے
کہ ان مثالوں میں کچھ بھی ہوا داخل ہوتی ہے، وہ باور کرتا ہے کہ قصبۃ الریہ اور شعبتوں کے

اندر ہوا کا داخل ہونا دوران زندگی میں جو امارات ظاہر ہوتی ہیں ان کی توجیہہ کرنے کو کافی ہے۔ بعض اس نظریہ کو تسلیم کرتے ہیں جیسے سب سے پہلے سائمن ٹامس[1] (Simon Thomas) نے تجویز کیا تھا۔ یعنی کمزور شیر خوار بچوں میں حرکاتِ تنفس رفتہ رفتہ اس وجہ سے کم ہو جاتی ہیں کہ رئوی بافت کی لچک داری شہیق (expiration) پر اس سے زیادہ ہوا باہر دھکیل دیتی ہے کہ جتنی بوقت زفیر (inspiration) کھنیچ کر داخل ہوتی ہے۔ اور اس طرح پھیپھڑے سانس لے چکنے کے بعد بتدریج مضغی حالت پر عود کر آتے ہیں۔ اونگر[2] (Ungar) نے تجربی تفتیش کی بنا پر بیان کیا ہے کہ جب تنفس منقطع ہو جاتا ہے تو وہ خون جو کہ پھیپھڑوں کے اندر ہنوز دورہ کر رہا ہوتا ہے وہ ان میں داخل شدہ ساری کی ساری ہوا کو جذب کر لیتا ہے۔

اگر ایک نوزائیدہ بچہ انتہائی کمزوری یا عدم پختگی کی وجہ سے بمشکل زندہ ہو تو آکسیجن کے لئے اس کی احتیاج بہت ہی خفیف ہوگی اور یہ خیال میں آسکتا ہے کہ مطلوبہ تبادلہ ہوا کی نلیوں میں جو فیزوں کی مدد کے بغیر ہوتا ہوگا۔ سینہ کا اُتار چڑھاؤ اس طرح جس طرح کہ معمولی تنفس میں ہوتا ہے پھیپھڑوں کی مضغی حالت کی بقا کا نقیض نہیں ہے۔ ہرمن[3] (Hermann) نے یہ امر تجربتہً ثابت کر دیا ہے کہ شعبتی اور جوفیزی سرحلمہ کے انضمام کی وجہ سے مضغی حالت والے پھیپھڑوں کو پھیلانے کے لئے اس سے زیادہ دباؤ کی ضرورت ہے کہ جتنی ہوادار پھیپھڑوں کے لئے ہے۔ اگر پھیپھڑے ایک مرتبہ پھیل جائیں پھر خواہ بچہ کتنا ہی کمزور کیوں نہ ہو، اس کے پھیپھڑوں میں کچھ نہ کچھ ہوا کی حرکت ضرور پائی جائیگی لیکن اگر رئوی بافت میں ابتدائی کشادگی وقوع پذیر نہ ہو چکی ہو تو پھر صدری دیوار کی حرکات اس کی مزاحمت پر غالب آنے کے لئے کافی نہ ہوں گی تاہم یہ سمجھ میں آنا مشکل ہے کہ ان حالات کے ماتحت اتنی ہوا کیونکر سانس میں اندر

---

[1] Nederl. Tijdschr. v. Gencesk., 1864.

[2] Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 1883.

[3] Pfluger's Archiv., 1879.

لی جا سکتی ہے کہ طفل جس حد تک کہ متعدد مواقع پہ درج کیا گیا ہے اس حد تک رویا بھی ہو۔ دوسرا مفروضہ، یعنی رئوی بافت کی لچک داری کے باعث تمام ہوا کا بتدریج خارج ہو جانا فعلیاتی تجربات اور سریریاتی (clinical) تجربہ دونوں کے مخالف ہے۔ ہرمن (Hermann) نے یہ ثابت کر دیا ہے کہ ایسی رئوی بافت کی قوت لچک کہ جس میں ایکبار ہوا رہ چکی ہو، نہ تو ہوا کو خارج کر سکتی ہے اور نہ پھیپھڑے کو دوبارہ مضغی حالت پر لا سکتی ہے۔ بچے اکثر اوقات ناپختہ اور کمزور پیدا ہوتے ہیں اور پیدائش سے تھوڑے عرصے بعد مر جاتے ہیں، لیکن ان حالات کے تحت پھیپھڑوں کا مضغی حالت میں پایا جانا ایک استثنائی طور پر شاذ امر ہے۔
اس امر کے مد نظر کہ ان مثالوں میں انقطاع تنفس سے کچھ عرصہ بعد تک قلب کی حرکات برابر جاری رہتی ہیں، اونگر (Ungar) کا مفروضہ بعید از قیاس نہیں، اور یہ ممکن معلوم ہوتا ہے کہ باقی ماندہ ہوا (residual air) تمام تر خون میں جذب ہو جاتی ہے۔ مثال کے طور پر، کاس[1] (Causse) نے ایک سات ماہ کے بچہ کا واقعہ بیان کیا ہے جو کئی دن تک زندہ رہا موت کے بعد اس کا دایاں پھیپھڑا بائیں کی بہ نسبت زیادہ پھیلا ہوا پایا گیا۔ اور جب اس کو کاٹا گیا تو اس میں سے
117 سیاہ رنگ کا خون نکلا، لیکن یہ پھیپھڑا تکتکہ دار (crepitant) نہ تھا، دونوں پھیپھڑے
سالم اور تقسیم شدہ ہر دو حالت میں ڈوب جاتے تھے۔ اس واقعہ میں غالب گمان یہ ہے کہ دائیں پھیپھڑے میں ترمیم یافتہ تنفس ہوا ہو گا کیونکہ وہ بائیں کی بہ نسبت (جو کہ مضغی ہی رہا) زیادہ پھیلا ہوا تھا، اور اُس کے کاٹنے پر خون نکلا تھا۔ اس کے باوجود یہ سالم اور تقسیم شدہ، ہر دو حالت میں پانی میں رکھنے پر ڈوب جاتا تھا جس سے ظاہر ہے کہ اس میں ہوا بالکل موجود نہ تھی۔
اس کی صحیح توجیہہ کچھ ہی ہو، اس حقیقت کو ہرگز نظر انداز نہیں کرنا چاہیئے کہ استثنائی حالات کے تحت یہ ممکن ہے کہ بچہ پیدائش کے بعد کئی ساعت تک سانس لے، بلکہ تھوڑے وقفہ کے بعد روئے۔ لیکن اس کے باوجود

[1] Annales d' Hygiene, 1878

بعد از موت اُس کے پھیپھڑے بالکل مولود مُردہ (stillborn child) کے پھیپھڑوں سے مشابہ ہوں۔ اس سے کم انتہائی کیفیت میں یعنی اس وقت جب کہ ہوا پھیپھڑے کے کسی جزو کے اندر موجود ہوتی ہے، اتنی دقت پیش نہیں آتی، کیونکہ سیال سکونی کا شفہ سے اس ہوا کو ظاہر کیا جا سکتا ہے۔ اس امر پر زور دیا گیا ہے کہ اس ہوا کو جو کہ پھیپھڑوں میں نامکمل تنفس کی اثنا میں داخل ہو جاتی ہے پھیپھڑوں کے تقسیم شدہ ٹکڑوں کو دبانے سے خارج کیا جا سکتا ہے چنانچہ یہ ٹکڑے پانی میں ڈوب جاتے ہیں۔ اگر ہوا جوفیزوں میں پہنچ چکی ہو (اور یہ قرین قیاس ہے کہ وہ پہنچ چکی ہے) تو پھر یہ سمجھنا مشکل ہے کہ یہ ایسا کیونکر ہو سکتا ہے۔ جب کوئی پھیپھڑے کا ٹکڑا دبایا جاتا ہے تو شعبتیں بھی دب جاتی ہیں اور ہوائی خلیات بھی دب جاتے ہیں، لیکن نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شعبتوں کے اندر کی ہوا تو خارج ہو جاتی ہے اور جوفیزوں کے اندر کی ہوا خارج نہیں ہوتی۔ یہ دباؤ جس قدر زیادہ قوی ہوتا ہے اتنی ہی زیادہ مضبوطی سے جوفیزوں میں ہوا محصور رہتی ہے الا یہ کہ ایسی قوت استعمال کی جائے جو جوفیزوں کو پھاڑ ہی ڈالے۔ سیّال سکونی کا شفہ سے جو نتائج استنباط کئے جا سکتے ہیں وہ حسب ذیل ہیں۔ اگر سارے کے سارے پھیپھڑے خواہ دونوں کے سالم ہونے کی حالت میں یا تقسیم شدہ ہونے کی حالت میں یا دباؤ ڈالنے کے بعد کی حالت میں، سب حالتوں میں تیرتے رہیں تو اس سے اس امر کا ثبوت ملتا ہے کہ بچہ سانس لے چکا ہے، لیکن مصنوعی انتفاخ کا امکان بھی یاد رکھنا چاہیے۔ اگر پھیپھڑے سالم اور تقسیم شدہ دونوں حالتوں میں ڈوب جائیں تو گمان غالب یہ ہے کہ بچہ نے سانس نہیں لیا۔ اس مشکوک بیان کی ضرورت اس لئے ہوئی کہ کہا گیا ہے کہ ایک نامکمل قسم کا تنفس پایا جاتا ہے، جس کے بعد پھیپھڑوں کی جنینی حالت باقی رہ جاتی ہے۔ مرض کے باعث اچھال کا مفقود ہونا بھی یاد رکھنے کے قابل ہے اگرچہ یہ اس قدر مغالطہ انگیز نہیں ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ ایسے پھیپھڑوں کو کہ جو ایک ترمیم یافتہ قسم کے تنفس کے باوجود اپنی جنینی ہیئت برقرار رکھتے ہیں کسی بھی رئوی کا شفہ کے ذریعہ تمیز نہیں کیا جا سکتا۔ ان مثالوں میں

ممکن ہے کہ معدی معائی کا شفہ مفید ثابت ہو۔ اس پہلو میں منفی شہادت
کو کم وقعت دینا چاہئے، کیونکہ ایسا کرنے کا یہ نتیجہ تو نہیں ہوسکتا کہ کسی شخص کے ساتھ
بے انصافی ہو جائے، زیادہ سے زیادہ یہی ہوسکتا ہے کہ کوئی قصوروار
شخص سزا سے بچ جائے گا، بے قصور کو تو نقصان نہیں پہنچ سکتا۔ اگر پھیپھڑوں
میں گندیدگی زا اعمال دخل حاصل کر چکے ہوں تو سیال سکونی کا شفہ سے جو
شہادت حاصل ہو اس کو قبول کرنے میں زیادہ سے زیادہ تامل کا اظہار کرنا
چاہئے۔ اور بہتر ہے کہ ان مثالوں میں یہ کہ دیا جائے کہ پھیپھڑوں کی حالت
اس امر کی اجازت نہیں دیتی کہ بچہ کے سانس لے چکنے یا نہ لے چکنے کے متعلق
رائے دی جائے۔

معدے اور امعا میں ہوا کا وجود۔ بریسلاؤ[1] (Breslau) نے ۱۸۶۵ء
میں اس حقیقت کی طرف توجہ منعطف کرائی کہ جب کسی مردہ مولود بچے
کے معدہ اور امعا کو پانی میں رکھ دیا جاتا ہے تو وہ ڈوب جاتے ہیں۔
حالانکہ پیدائش کے بعد زندہ رہے ہوئے بچوں کے ان میں سے ایک یا دونوں احشاء میں
ہوا کی اتنی مقدار موجود ہوتی ہے کہ ان کو تیراک کر دینے کے لئے کافی ہوتی
ہے۔ ۱۸۸۶ء میں اونگر[2] (Ungar) نے بھی اس امتیاز کی اہمیت پر زور دینا شروع
کیا، اگرچہ اس اثنا میں اس سے عملی طور پر کوئی زیادہ حد تک استفادہ نہیں کیا گیا
تھا۔ اس کے بعد سے لیکر اس موضوع پر بہت توجہ صرف کی گئی ہے، خاص کر جرمنی
میں۔ یہ تحقیق کرنے کی غرض سے کہ زندہ ولادت (live birth) یا وقوع
تنفس کے ثبوت کے لئے معدہ اور امعاء میں ہوا کے موجود یا غیر موجود
ہونے پر کہاں تک انحصار کیا جاسکتا ہے۔ بے شمار مشاہدات کئے گئے ہیں
اس کاشفہ کے حامی اسے "دوسرے حیاتی کاشفہ" کے نام سے موسوم کرتے ہیں
نوزائیدہ بچوں کے ہضمی خطہ کے اندر جو ہوا پائی جاتی ہے یہ وہاں تنفس
کی پہلی اور مابعد حرکات کے دوران میں فعل ابتلاع (swallowing) کے ذریعہ 118

ا؎ Monatsschr. f. Geburtskunde, Bd. 25.

۲؎ Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 1887.

پہنچتی ہے۔ اگر بچہ پہلے چند سانس کے بعد زندہ نہ رہے تو صرف معدہ ہی کم و بیش منتفخ ہوتا ہے۔ لیکن بچہ اگر کچھ مدت تک سانس لیتا رہا ہو تو ہوا اثنا عشری میں اور بعدازاں معائی قنال میں بلکہ اس سے بھی نیچے تک رسائی حاصل کر لیتی ہے۔ یہ کاشفہ اس طرح انجام دیا جاتا ہے کہ معدہ کے فوادی (cardiac) اور بوابی (pyloric) سروں اور نیز اثنا عشری (duodenum) کے زیریں حصے پر دوہری بندشیں لگا دی جاتی ہیں۔ پھر معدہ کو مری (œsophagus) سے جدا کر کے امعاء سمیت پانی میں رکھ دیا جاتا ہے۔ اگر احشاء متحدہ حالت میں تیریں تو ان کو جدا کر کے ان کی الگ الگ آزمائش کی جاتی ہے۔ بہت سے تجربات کے نتائج یہ ظاہر کرنے کا رحجان رکھتے ہیں کہ وقوع تنفس یا عدم تنفس معلوم کرنے کے لئے یہ کاشفہ معتد بہ اہمیت رکھتا ہے۔ اس کے حامی بیان کرتے ہیں کہ اس سے نہ صرف سیال سکونی رئوی کاشفہ کے نتائج ہی کی توثیق ہو سکتی ہے بلکہ یہ کہ نامکمل تنفس کے ان واقعات میں جن میں بچہ کے کئی گھنٹہ تک زندہ رہنے کے باوجود پھیپھڑے اپنی جنینی حالت برقرار رکھتے ہیں اور سیال سکونی کاشفہ سے منفی نتائج دیتے ہیں۔ اس امر کی تحقیق بھی ہو سکتی ہے کہ تنفس ہو چکا ہے یا نہیں لیکن معدی معائی کاشفہ کو دو باتیں غیر معتبر بنا دیتی ہیں، مصنوعی انتفاخ کی کوششیں اور وقوع گندیدگی۔ مصنوعی انتفاخ، خواہ عامل اپنا منہ بچہ کے منہ سے بلا واسطہ لگا کر اس کی کوشش کی جائے یا قثاطیر یا کسی دیگر نلی کے ذریعہ یا شلٹزی (Schults) جھلاؤ کے ذریعہ کی جائے، ہر صورت میں اس سے معدہ میں یقینی طور پر ہوا داخل ہو جائے گی خواہ پھیپھڑوں میں داخل ہو یا نہ ہو۔ اور یہ تو ایک بدیہی امر ہے کہ گندیدگی اس کاشفہ کو بیکار کر دیتی ہے۔ مصنوعی انتفاخ نہ ہوتے ہوئے اور گندیدگی کی عدم موجودگی میں، اگر معدہ تیرے اور خاصکر اگر اثنا عشری بھی تیرے تو اس سے اس امر کا زبردست ثبوت حاصل ہوتا ہے کہ بچہ سانس لے چکا ہے۔ لیکن اگر انہی حالات کے تحت معدہ ڈوب جائے تو یہ اس امر کا ثبوت ہرگز نہ ہوگا کہ بچہ مردہ مولود (stillborn) تھا۔

نیکیٹن[1] (Nikitin) نے ایک سو مثالوں کی ایک جدول دی ہے جس میں اس نے ہبالی سکونی کاشفہ اور معدی معائی کاشفہ سے حاصل کردہ شہادت کو پہلو بہ پہلو درج کیا ہے۔ نتائج سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ موخر الذکر کاشفہ کو ان ذرائع کی صف میں کہ جن سے کسی بچہ کا سانس لے چکنا یا نہ لے چکنا دریافت کیا جاتا ہے ایک اہم درجہ حاصل ہے۔

۳ - کیا بچہ زندہ پیدا ہوا تھا؟

یہ امر ہمیشہ ذہن نشین رکھنا چاہیے کہ رئوی کاشفہ زیادہ سے زیادہ اتنا ہی ثابت کر سکتا ہے کہ بچہ سانس لے چکا ہے یا نہیں۔ جب کوئی طبّی گواہ رئوی کاشفہ کی بنا پر شہادت دیتا ہو اور اگر پھیپھڑے تیرتے ہوں تو اسے اپنے آپ کو صرف اس بیان تک محدود رکھنا چاہئے کہ اسکی تفتیشات سے بچہ کا سانس لینا ثابت ہوتا ہے۔ اس کو یہ ہرگز نہ کہنا چاہیے کہ بچہ زندہ پیدا ہوا تھا۔ اس تحدید کی وجہ یہ ہے کہ تحریری قانون میں زندہ ولادت کی کوئی تعریف نہیں پائی جاتی تاوقتیکہ بچہ کا پورا جسم مادری عضو سے باہر نہ ہو جائے جج اس کی پیدائش کا مکمل ہونا تسلیم نہیں کرتے۔ اگرچہ یہ شرط نہیں ہے کہ حبل السّری بھی کٹ چکی ہو۔ یہ امر بخوبی معلوم ہے کہ بچہ ایسی صورت میں بھی سانس لے سکتا ہے جب کہ اس کا سر مہبل سے نکل چکا ہو اور بقیہ جسم ابھی مادری گذرگاہوں میں ہی پڑا ہو۔ بچہ کو پیدائش کے اس درجہ میں ہلاک کر دینا قتل عمد قرار نہیں دیا جاتا کیونکہ قانون کی رو سے وہ اس وقت کوئی جداگانہ ہستی نہیں رکھتا۔ اس سے معلوم ہوتا ہے کہ مکمل تنفس کا ثبوت فی نفسہٖ زندہ پیدائش کا ثبوت نہیں ہے۔ اگر بچہ کو پیدائش سے فوراً بعد ہلاک کر دیا جاتا تو طبّی شہادت سے بچہ کی زندہ پیدائش کا ثبوت ان الفاظ کے قانونی معنوں میں حاصل نہیں ہو سکتا۔ بلکہ سوائے عینی گواہ کی شہادت کے کسی اور شہادت سے بھی حاصل نہیں ہو سکتا۔ نیز سانس لینے کے لئے یہ بھی کوئی شرط نہیں ہے کہ

---

[1] Vierteljahrsschr. f. jer. Med., 1888.

بچہ کا سر تولد ہو چکا ہو۔ ایسے بے شمار واقعات درج ہیں کہ بچوں نے سانس لیا ہے اور اس حقیقت کا اظہار رونے سے کیا ہے جبکہ وہ ابھی رحم میں تھے استہلال الطفل فی الرحم[1] (vagitus uterinus)] میکلین[2] (M'clean) نے ایک 119
بچہ کا واقعہ درج کیا ہے جو رحم کے اندر ہی ۴، ۵ منٹ تک روتا رہا، اس کی آواز اس طرح سنائی دیتی تھی، گویا کسی تہ خانہ سے آرہی ہو، اسکی ولادت (delivery) کلّاب کے ذریعہ سرانجام دی گئی۔ برل[3] (Brull) نے ایک عورت کو توام جنوائے لیکن اس سے قبل ایک دایہ جنوانے کی بے سود کوشش کر چکی تھی۔ عورت کا رحم مسترخی تھا اور پہلے بچہ کے سُرین (breech) گگر (brim) میں مغروز تھے۔ اور بچہ تین گھنٹے سے روتا سنائی دے رہا تھا اور تخریج کے دوران میں بھی وہ برابر روتا ہی رہا۔ درج شدہ واقعات جن میں تنفس اس وقت ہوا جب کہ بچہ ابھی مادری گذرگاہوں کے اندر ہی تھا ان میں ہوا کے داخلہ کا سبب یہ تھا کہ قبالت کار (accoucher) نے اپنے ہاتھ کے ذریعہ یا استعمال کردہ اوزاروں کے ذریعہ مادری گذرگاہوں کو متسع کیا تھا کہ جس سے کرہ ہوائی اور بچہ کے منہ کے درمیان آمد و رفت کی ایک راہ بن گئی تھی۔ اگر ہمیشہ یہی سبب ہو تو جن مقدمات میں بچہ کشی کا شبہ ہوتا ہے، ان میں رحم یا مہبل کے اندر وقوع تنفس کی کچھ اہمیت نہیں ہوتی کیونکہ اس امر کے متعلق کہ آیا بچہ زندہ پیدا ہوا تھا یا نہیں، قبالت کار (accoucher) سے عینی شہادت مل سکتی ہے۔ لیکن یہ عین ممکن معلوم ہوتا ہے کہ ہوا بچہ کے منہ میں بغیر کسی خارجی ذریعہ کے داخل ہو گئی ہو۔

یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ قانونی پیدائش سے قبل تنفس واقع ہونے کے کسی اسلوب میں بھی اگر موت فوراً بعد واقع ہو جائے تو پھیپھڑوں کا تمدد غالباً نامکمل ہو گا۔ ان وجوہ کی بنا پر جو کہ اوپر بیان کی گئی ہیں پھیپھڑوں کا ابتدائی تمدد ایک تدریجی فعل ہوتا ہے۔ شعیبتوں اور جوفیزوں کے ہر حلقہ کی متماس تہوں کی

---

[1] Brit. Med. journ., 1912

[2] American journal of Obstetrics, 1889.

[3] Wiener klin. Wochenschr., 1895.

چیک پر پہلی چند دم کشیوں کا کچھ اثر نہیں ہوتا لیکن ہوا رفتہ رفتہ نفوذ کرتی جاتی ہے، یہاں تک کہ تمام کا تمام تنفسی خطہ کھل جاتا ہے۔ بقول ڈوہرن[1] (Dohrn) کے جو فیزے طبعی حالات کے ماتحت دوسرے یا تیسرے دن تک کامل طور پر منسبع نہیں ہوتے اور کمزور بچوں میں پھیپھڑوں کے پورے طور پر پھیلنے اور تنفسی حالت کے تمام شائبات دور ہونے کے لئے اس سے بھی طویل تر مدّت کی ضرورت ہوتی ہے۔ لہذا اگر پھیپھڑے کامل طور پر پھیلے ہوئے پائے جائیں تو غالب گمان یہ ہے کہ بچہ مکمل طور پر تولّد ہوا ہوگا۔ جب سر مہبل کے اندر ہوتا ہے تو ہوا کی رسائی دشوار ہوتی ہے اور جب سر مہبل سے باہر آجاتا ہے (اور بقیہ جسم اس کے اندر رہتا ہے) تو غالباً ولادت کی تکمیل میں بہت تھوڑی دیر ہوتی ہے بسبب یہ پھیپھڑوں کے مکمل تمدّد کو غیر اغلب کر دیتا ہے۔ اگرچہ تکرار لازم آتا ہے تاہم قارئین کی توجہ اس امر کی طرف مبذول کرائی جاتی ہے کہ بیال سکونی کاشفہ سے تنفس کے متعلق جو شہادت ملتی ہے اور زندہ ولادت کے متعلق جو شہادت ملتی ہے ان کے درمیان ایک کیفی امتیاز ہے۔ اور وہ یہ ہے اگر پھیپھڑے پوری طرح پھیلے ہوئے ہوں اور ہر ٹکڑا الگ دبائے جانے کے بعد بھی تیرے تو (مصنوعی تنفس کے بعید امکان سے قطع نظر کرتے ہوئے) وقوع تنفس ثابت ہے۔ لیکن پھیپھڑوں کی اس کیفیت سے زندہ ولادت کے متعلق صرف ایک قیاسی (presumptive) شہادت ہی حاصل ہوتی ہے۔ پہلی صورت میں اگر تجربی احتیاطات کا مناسب خیال رکھا جائے تو اس بیان کی صداقت میں ذرا بھی شبہ نہیں ہو سکتا لیکن دوسری صورت میں یہ بیان محض ایک قیاس کی حیثیت رکھتا ہے، کیونکہ یہ امر بہت غیر اغلب ہے لیکن ناممکن نہیں کہ سر نکل آنے کے بعد بچہ کا جسم غیر متولد رہے یہاں تک کہ پھیپھڑے پورے طور پر پھیل جائیں

معدی معانی کاشفہ سے پیدائش کے بعد زندہ رہنے کی قرائینی

شہادت حاصل ہوتی ہے۔ اگر معدہ اور امعاء دونوں کے اندر ہوا موجود ہو اور وہ بایں وجہ پانی رکھنے پر تیریں اور (بشرطیکہ مصنوعی انتفاخ کی مساعی اور گندیدگی کی عدم موجودگی ایک مسلم امر ہو) تو گمان غالب یہ ہے کہ بچہ پیدائش سے

---

[1] Archiv. f. Gynäcologie, 1889.

فوراً بعد نہیں مرا۔ اور ہوا معائی قنال میں جس قدر نیچے تک گھسی ہوئی ہو، بچے کے پیدائش کے بعد زندہ رہنے کا گمان بھی اتنا ہی زیادہ ہوتا ہے۔

درمیانی کان کا کاشفہ ۔ جنینی حالت میں درمیانی کان ایک مضغی سریش نما پوٹ سے بھرا ہوتا ہے
ریڈن[1] (Wredin) اور اس کے بعد ونٹ[2] (Wendt) نے یہ معلوم کیا کہ جب تنفس 120
ہو چکتا ہے تو اس پوٹ کی جگہ ہوا لے لیتی ہے۔ ونٹ (Wendt) یہ بھی لکھتا ہے کہ اگر بچہ تنفس کی کوشش ایسی حالت میں کرے جب کہ وہ انفسی یا کسی دیگر سیال میں غرق ہو تو یہی سیال سریش کی پوٹ کی جگہ لئے ہوئے پایا جائے گا۔ آگسٹن جونیر[3] (Ogston, junior) نے یہ معلوم کیا کہ یہ پوٹ پیدائش کے بعد چند گھنٹے سے لیکر دو تین ہفتے تک میں غائب ہوتی ہے۔ شمیلٹز[4] (Schmaltz) بیان کرتا ہے کہ یہ پوٹ جنینی حالت ہی میں غائب ہونا شروع ہوتی ہے، لیکن گو کہ اس پر تنفس کا اثر شناخت ہو سکتا ہے تاہم اس کی عدم موجودگی اس امر کا کہ تنفس ہو چکا ہے قطعی ثبوت نہیں۔ شمیلٹز نے بسا اوقات ایسے بچوں میں پوٹ موجود پائی جو سانس لے چکے تھے۔ اور بعض مثالوں میں تو یہ پوٹ جنینی حالت میں بھی غائب تھی۔ لیسر[5] (Lesser) بیان کرتا ہے کہ درمیانی کان کے مشمولات پر چند سانسوں سے کچھ اثر نہیں ہوتا لیکن چند گھنٹہ کے تنفس کے بعد یہ غائب ہو جاتے ہیں۔ وہ یہ بھی بیان کرتا ہے کہ ناپختہ بچوں میں درمیانی کان کی یہ مضغی حالت ممکن ہے پیدائش سے ۲۴ گھنٹہ بعد تک قائم رہے۔

حبل السری میں تغیرات ۔ زندہ پیدائش کی علامت کی حیثیت سے حبل کی تحنیط (mummification) کیا وقعت رکھتی ہے، اس امر کے متعلق بہت اختلاف الرائے پایا جاتا ہے۔ کیسپر (Casper) تو اس سے انکار کرتا ہے کہ اس کی کچھ بھی وقعت ہے۔ بلارڈ (Billard) وغیرہ یہ سمجھتے ہیں کہ اس کا وقوع

---

۱ Otitis media neonatorum, 1868.

۲ Arch. f. Heilkunde, 1873.

۳ Brit. and For. Med. chirurg Review 1875.

۴ Arch. f. Heilkunde, 1887.

۵ Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 1879.

برون رحمی حیات کی دلیل ہے۔ بعض حالات کے تحت ایک تشخیصی امارۃ کی حیثیت سے یہ بلا شبہ اہمیت رکھتی ہے۔ لونڈیز[1] (Lowndes) ایک نوزائیدہ بچے کا واقعہ بیان کرتا ہے جس کو مرے ہوئے غالباً گیارہ بارہ دن ہو چکے تھے، ناف سے آدھ انچ تک حبل بالکل تازہ تھی۔ اس کے آگے معمولی خطِ امتیاز تھا اور باقی ماندہ حبل کہ جس کا طول تقریباً ۲½ انچ تھا، تمام کی تمام محنط شدہ (mummified) تھی، بندش (ligature) کا کوئی نشان نہ تھا۔ اس سے یہ نتیجہ نکالا گیا کہ بچہ کم از کم ۲۴ گھنٹہ تک زندہ رہا ہوگا۔ ایسی مثال شاذ ہوتی ہے، لیکن اس کا مقصد یہ ظاہر کرنا ہے کہ بچہ کشی کے مشتبہ واقعات میں حبل کی تحنیط کو ہرگز نظر انداز نہ کرنا چاہیئے۔ حبل کی طبعی علیحدگی، اور ردعمل کی علامات جو ساتھ پائی جاتی ہیں، یعنی امتلاء عروق شعریہ کا خط اور التہاب کے ارتشاحی حاصلات، یہ اس امر کی بے خطا (unmistakable) دلیل ہیں کہ بچہ پیدائش کے بعد زندہ رہ چکا ہے۔ افسوس کہ ایسی امارات پیدائش سے ۴، ۵ دن سے قبل حاصل نہیں ہو سکتیں۔ اس امر کا بھی خیال رکھنا چاہیئے کہ اس سرخ خط کو جو پیدائش کے وقت منتہائے حبل کے مقام کے گرد موجود ہوتا ہے، خط علیحدگی کے ساتھ خلط ملط نہ کیا جائے۔ اول الذکر محض ایک رنگین حلقہ ہوتا ہے جس میں تورم یا التہاب کی کوئی علامت نہیں ہوتی حالانکہ موخر الذکر اصلی ردعمل کا رقبہ ہوتا ہے۔ اگر کسی ایسے بچہ کا جسم دستیاب ہو جو گندیدگی کے ترقی یافتہ درجے میں ہو اور حبل شعری کے باقیات ساتھ لگے ہوئے نہ موجود ہوں تو اس سے یہ نہ فرض کر لینا چاہیئے کہ قدرتی علیحدگی واقع ہو چکی ہے۔ ممکن ہے حبل دوران زندگی میں یا موت کے بعد تشدد کے ذریعہ، شکم کے قریب جدا ہو گئی ہو اور وہ امارات جو بالعموم طبیعی علیحدگی اور تشدد آمیز علیحدگی کے درمیان امتیاز پیدا کرنے کا کام دیتی ہیں گندیدگی کے اعمال کی وجہ سے معدوم ہو گئی ہوں۔

پیدائش کے بعد بچے کی جلد میں کچھ تغیرات واقع ہوتے ہیں، جن کو

---

[1] Liverpool Med and Chir. Journ., 1889.

صفحہ (20) پر بیان کیا گیا ہے، بعد از پیدائش زندہ رہنے کی علامات کی حیثیت سے ان سے استفادہ کیا جا سکتا ہے۔

جنینی دوران خون کے انقطاع کے بعد قلب اور عروق میں جو تغیرات پیدا ہوتے ہیں، اس امر کے دریافت کرنے کے لئے کہ بچہ زندہ پیدا ہوا تھا یا مولود مردہ تھا ان کی کچھ بھی اہمیت نہیں ہے۔ الیسر[1] (Ellässer) نے محتاط امتحان کے ذریعہ ثابت کر دیا ہے کہ سوراخ بیضوی (foramen ovale)، قناۃ وریدی (ductus venosus) اور قناۃ شریانی (ductus arteriosus) جن اعمال سے مسدود ہوتی ہے، وہ پیدائش سے کئی دن بعد تک شروع نہیں ہوتے، اور ان کی تکمیل میں کئی ہفتہ صرف ہو سکتے ہیں، اور وہ کسی ترتیب کے پابند نہیں ہوتے۔

گاہے معدہ میں دودھ یا کسی دیگر غذائی شے کا وجود دریافت ہوتا ہے، جس سے پیدائش کے بعد زندہ رہنا ثابت ہوتا ہے۔ معدہ میں جو کچھ
121 ملے، اس کا خوردبینی امتحان کرنا چاہیئے۔ معدہ میں ان سیالوں کا وجود جو مادری یا جنینی عضویہ سے ماخوذ ہوتے ہیں، مثلاً خون یا عقی (meconium) کا وجود سوائے اس امر کے کچھ ثابت نہیں کرتا کہ بوقت پیدائش بچہ زندہ تھا۔ قولون (colon) میں عقی (meconium) کا عدم وجود، اگرچہ پیدائش کے بعد زندہ رہنے کا ثبوت بہم نہیں پہنچاتا، تاہم زندہ رہنے کی طرف اشارہ ضرور کرتا ہے۔ لیکن عقی کا وجود ولادت مردہ کی دلیل ہرگز نہیں ہے، کیونکہ یہ بسا اوقات پیدائش کے بعد ایک دو دن تک خارج نہیں ہوتا۔ عقی (meconium) میں عصبیہ قولونی (B. coli) کی موجودگی یا عدم موجودگی کو زندہ پیدائش کے سوال کا تصفیہ کرنے کا ذریعہ قرار دیا گیا ہے۔ لیکن بنڈا[2] (Binda) نے بتلایا ہے کہ بلاشبہ مردہ پیدا ہوئے بچوں کا عقی عقیم ہوتا ہے، لیکن زندہ پیدا ہوئے بچوں کا عقی بھی، اس وقت تک

---

[1] Henke's Zeitschr., Bd. 64
[2] Giornal di Med. Legale, 1896.

جب تک کہ وہ غذا نہ کھالیں، عقیم ہی رہتا ہے۔ لہٰذا کسی عصبیہ کا وجود یا عدم وجود صرف اتنا ہی ثابت کرتا ہے کہ بچہ نے غذا کھائی ہے یا نہیں۔ شلڈ[1] (Schild) نے استثنائی طور پر اُن بچوں کے امعائی مشمولات میں جنھوں نے غذا نہیں کھائی تھی، ایک خرد عضو یہ پایا جو کہ قولونی عصیبہ سے مشابہ تھا (لیکن پیدائش کے بعد بائیس سے لیکر چوبیس گھنٹہ کے قبل نہیں پایا)۔ شلڈ کا خیال ہے کہ اس کو نیچے لے جانے والی چیز وہ تھوک ہے جو کہ نگلا جاتا ہے۔

زندہ پیدائش کی متذکرہ صدر امارات میں سے جو امارات مل سکیں، ان پر غور کرنے سے اس امر کے متعلق رائے قائم کی جاتی ہے کہ آیا بچہ زندہ پیدا ہوا تھا، اور اگر ہوا تھا تو کب تک زندہ رہا۔ بعض مثالوں میں اول الذکر نقطہ دریافت کرنے میں کوئی دقت نہیں ہوتی، اور موخر الذکر نقطہ کا تقریبی طور پر اندازہ لگانے میں بھی بہت ہی کم دشواری ہوتی ہے۔ لیکن بعض مثالوں میں انتہائی طور پر دشوار خصوصیتیں پائی جاتی ہیں کہ جن میں محنت طلب تحقیق کی ضرورت ہوتی ہے، اور اس تحقیقات کی بنا پر اظہار رائے میں مناسب احتیاط برتنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ اگر بچہ پیدائش کے بعد فوراً مر گیا ہو، تو یہ طبی شہادت کے احاطۂ قدرت سے باہر ہے کہ اس کا زندہ پیدا ہونا ثابت کرے، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ اس رائے کی طرف میلان رکھنے کے لئے کچھ دلیل موجود ہو۔ بعد الولادت زندگی کی معتمد علامات کئی دن گذرنے کے بعد حاصل ہوتی ہیں۔

۴۔ موت کا سبب

پہلا سوال یہ ہے کہ کیا بچہ قدرتی اسباب سے مرا تھا۔ یہ امر تحقیق شدہ ہے کہ ناجائز بچوں میں تعداد اموات اس سے بہت زیادہ ہے، کہ جتنی ازدواج سے پیدا شدہ بچوں میں ہوتی ہے۔ ۱۹۱۹ء میں انگلینڈ[1] (England) اور ویلز (Wales)

---

[1] Zeitschr. f. Hygiene u. Inf.- krank, 1892

میں فی ہزار پیدائشوں کے پیچھے جائز بچوں کی ۷ء۴۴ اموات اور ناجائز بچوں کی ۸ء۲۷ اموات ہوئیں۔ جہاں تک موت کے اسباب کا تعلق ہے، عام متعدی امراض اور خلقی نقائص کی وجہ سے جو تجاوز تھا وہ بہت خفیف تھا۔ شعبتی التہاب اور ذات الریہ کی وجہ سے پیدا شدہ تجاوز مقابلتہً خفیف تھا لیکن اسہال اور خاصکر ذبول کی وجہ سے جو تجاوز تھا وہ بہت زیادہ تھا۔ یہ واقعات اس امر کی طرف اشارہ کرتے ہیں کہ ناجائز بچہ اپنی غذا کے خالص ہونے کے لحاظ سے اس سے زیادہ خسارے میں ہوتا ہے، کہ جتنا وہ ریوی سرائتوں سے غیر محفوظ ہونے کے لحاظ سے ہوتا ہے۔ ناجائزوں کے اعداد سب سے زیادہ متجاوز اُن اموات میں ہوتے ہیں جو تشنک کی طرف منسوب کی جاسکتی ہیں۔ اس تجاوز کی وجہ یہ بھی ہو سکتی ہے کہ ایسی حالت میں ناجائز بچوں کی موت کے صحیح سبب کا صداقت نامہ دینے میں کم تامل ظاہر کیا جاتا ہے۔ بوقت پیدائش مہلک تضرر بھی ناجائز بچوں میں زیادہ عام ہے، غالباً اس وجہ سے کہ اکثر زچگیاں نامساعد ماحول میں وقوع پذیر ہوتی ہیں۔

بچہ کی موت فطرتی یا اتفاقی اسباب سے

بچوں کی ایک بہت بڑی تعداد (percentage) یا تو مردہ پیدا ہوتی ہے، یا پیدائش سے کچھ دیر بعد فطرتی اسباب سے مرجاتی ہے۔ انگلینڈ (England) اور ویلز (Wales) میں پیش از وقت پیدائش سے واقع شدہ اموات کا تناسب ۱۹۶۱ء میں ۱۹ء۱۱ فی ہزار سے بڑھ کر ۱۹۶۳ء میں ۸ء۱۸
فی ہزار، اور ۱۹۱۹ء میں ۹ء۱۹ فی ہزار ہو گیا۔ خلقی نقائص سے واقع شدہ اموات 122
بھی اس عرصہ میں ۷ء۱۶ فی ہزار سے بڑھ کر ۱۹۱۱ء میں ۲ء۶۲ فی ہزار ہو گئیں۔ پہلے حمل میں، بعد کے حمل کی بہ نسبت، مردہ مولود بچہ کے پیدا ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے۔ ان واقعات میں کہ جن میں مشکوک حالات میں پائی گئی

بچوں کی لاشوں کا امتحان کرنا پڑتا ہے، اکثر ایسے واقعات ہوتے ہیں کہ جن میں مائیں جوان عورتیں ہوتی ہیں، اور انھوں نے پیشتر کوئی بچہ نہیں جنا ہوتا۔ وہ دورانِ حمل میں اپنی حالت کو چھپانے کی غرض سے ایسے افعال کرتی ہیں جو رحم کے اندر بچہ کی بہبودی کے لئے مضرت رساں ہوتے ہیں۔ وضع حمل بھی ناسازگار حالات کے تحت واقع ہوتا ہے۔ بالعموم عورت کو کوئی امداد میسر نہیں ہوتی، اور اگر وضع حمل اطالت پذیر ہو جائے، یا حبل السری ساقط ہو جائے، یا بچہ کی گردن کے گرد لپٹی ہوئی ہو، یا کوئی اور مہلک پیچیدگی واقع ہو جائے جو ماہرانہ مدد سے درست ہو سکتی ہو، تو ممکن ہے کہ بوجہ عدم اعانت کے بچہ مردہ تولد ہو جائے، گو اس میں ماں کی مجرمانہ نیت کا کچھ داخل نہ ہو۔ ممکن ہے کہ بچہ، عدم تکمیل یا درر حمی سوئے تغذیہ کے باعث، دوران وضع حمل میں یا فوراً بعدہٗ محض کمی حیویت ہی سے مر جائے۔ اگر بچہ کی موت کا سبب تقلب، یا امعائی خطہ، یا نظام عصبی کے مرکزی اعضا کے تشوہات ہوں، تو ان کو بآسانی شناخت کیا جا سکتا ہے۔ سکتہ (apoplexy) ذات الریہ، صدر مائیت (hydrothorax) معدی امعائی نزف، وغیرہ امراض بھی موت کا موجب ہو سکتے ہیں۔ موت کا ایک اور سبب، وہ اختناق ہے جو پھیپھڑوں کے عدم تمدد سے یا ہوائی گذرگاہوں میں خون یا عقی (meconium) یا رہل (liquor amnii) کے دخول سے واقع ہوتا ہے۔

فطرتی یا اتفاقی موت کے ان اسباب میں سے بعض ایسے ہیں کہ ان کو تفصیل سے بیان کرنے کی ضرورت ہے۔

سقوط حبل السری (prolapse of the umbilical cord) مہلک ثابت ہوتا ہے اس وقت جب کہ حبل کے ساقط شدہ حصہ پر اتنا سخت اور مسلسل دباؤ ڈالا جائے کہ یہ خون کی رو کو منقطع کر دینے کے لئے کافی ہو۔ جب حبل میں دوران خون رک جاتا ہے، تو جنینی خون، وریدی خون میں تبدیل ہو جاتا ہے جو مراکز تنفس میں ہیجان عمل پیدا کر دیتا ہے۔ بچہ سانس لینے کی کوشش کرتا ہے، لیکن چونکہ ہوا کا داخلہ بند ہوتا ہے لہٰذا اغتصاص (suffocation) پیدا ہوتا ہے۔ اگر لاش کا امتحان کیا جائے، تو اغتصاص کی بعد الموت امارات موجود ملینگی یعنی شعری کدمات

(capillary ecchymoses) ۔ قصبۃ الریہ کی غشائے مخاطی کا اشراب قلب کا خون سے متمدد ہونا، ہوائی گذر گاہوں اور معدہ میں خون، عقی (meconium)، دمام جبنی (vernix caseosa) کے ذرات اور مخاط کا وجود۔ انتوں کے مشمولات بالعموم تنفس کی کوششوں کے دوران میں خارج ہو جاتے ہیں، لہذا بچے کا جسم غلیظ ہوتا ہے۔ شعبتی نالیوں (bronchial tubes) میں دمام جبنی (vernix caseosa) کے ذرات کی دریافت سے دررحمی اختناق کے حق میں ایک زبردست شہادت حاصل ہوتی ہے۔ سٹریسمین[1] (Strassmann) اس حقیقت سے استفادہ کرتا ہے کہ انیلائن (aniline) رنگوں کے کمزور محلولات کراٹینی (keratin) بافتوں کو ملون کر دیتے ہیں۔ ایک رلوی بافت کی تراشش کو ایک ایسے محلول کے ذریعہ جو ایک فی صدی جنشن وائولٹ (gentian-violet) کے ایک قطرہ محلول سے اور گھڑی شیشہ (watch glass) بھر پانی سے مرکب ہوتا ہے، ملون کیا جاتا ہے۔ چند منٹ تک اس کو ایسے ہی پڑا رہنے دیا جاتا ہے اور پھر الکحل (alcohol) سے دھو کر تیل سے صاف کر لیا جاتا ہے۔ اس سے آسان تر طریقہ یہ ہے کہ شعبتی نالی کے مشمولات کا کچھ حصہ لیکر اس کو سرپوش (cover glass) پر پھیلا دیا جاتا ہے اور بنسن (Bunsen) کے شعلے پر خشک کر کے ملون کر لیا جاتا ہے۔ دمام جبنی (vernix caseosa) کے ذرات اس لون کو جذب کر لیتے ہیں جس سے ان کی موجودگی آسانی سے شناخت ہو جاتی ہے۔

انفاقی اختناق۔ حبل السری۔ بیان کردہ بچہ کشی کے واقعات میں اکثر اوقات اسکو موت کا سبب بتایا جاتا ہے، اور یہ امر کہ دوران پیدائش میں حبل اکثر اوقات بچہ کی گردن کے گرد لپٹی ہوئی پائی جاتی ہے، اس بیان کو تقویت دیتا ہے۔ ایسا تقریباً ۲٫۵ فی صدی ولادتوں میں واقع ہوتا ہے، اور اعداد اموات کا اندازہ ۱٫۱۵ فیصدی سے لیکر ۲٫۷ فیصدی تک لگایا گیا ہے۔ سینگر[2] (Sanger)

---

[1] Viertljahrsschr. f. ger. Med., 1887.

[2] Archiv. f. Gynäcologie, 1879.

ایک عورت کا واقعہ بیان کرتا ہے جس کا وضع حمل ہسپتال (hospital) میں ہوا - جب بچہ کا سر نکلا، تو چہرہ سخت ازرق تھا، گردن کے گرد حبل کا ایک حلقہ لپٹا ہوا تھا، جو پہلے تو اس قدر کس کر تنا ہوا تھا کہ اس کا چھڑانا ہی مشکل تھا، لیکن جب بعد میں اس کو دور کیا گیا تو اس میں نبضان بالکل محسوس نہ ہوتا تھا، یعنی 123
بچہ مردہ مولود تھا۔ چہرے اور گردن کی جلد سیاہ اور نیلگوں سرخ رنگت کی تھی جس میں جابجا بے شمار نمشات (petechiæ) پھیلے ہوئے تھے جو کہ سخت باریک بلکہ تقریباً سیاہ تھے۔ مقلات العین نکلے ہوئے تھے۔ ملتحمہ (conjunctivæ) متورم تھے، اور ان پر نمشات (petechiæ) کے نشان تھے۔ زبان مسوڑوں کے درمیان سے باہر نکلی ہوئی تھی۔ اور اوپری وریدیں سیاہ خطوط کی مانند دکھائی دیتی تھیں۔ گردن کے سامنے کے حصہ میں دو سخت جیبود تھے جو زیرین جبڑے کے زاویہ تک پھیلے ہوئے تھے، اور جو فربہ آدمیوں کے غبغب (double chin) سے مشابہ تھے۔ یہ جیبود بڑے بڑے کدمات سے ڈھکے ہوئے تھے، اور ان کے درمیان عظم القص (sternum) پر چند انچ لمبا ایک اتھلا سیاہی مائل میزاب تھا۔ دھڑ کی جلد کبود اور ازرق تھی۔ چندیا کے نیچے ایک سینٹی میٹر موٹی خون کی تہ تھی۔ دماغ عدیم الدم اور اڈیما زدہ (œdematous) پایا گیا۔ اسحیہ (meninges) ہلکی نیلگوں سرخ رنگت کے تھے، اور اجواف صرف متوسط طور پر بھرے ہوئے تھے، اور جانبی بطینوں میں سیال موجود تھا۔ حبل کے نشان سے اوپر کر کے سر اور گردن کے عضلات اور جلد نزف دموی تھے۔ اور جلد پر بھی اور عضلات پر بھی بے شمار کدمات نظر آتے تھے۔ حنجرہ اور احبال الصوتی بہت اڈیما زدہ (œdematous) تھے، اور ہوائی گذرگاہیں خالی تھیں۔ پھیپھڑوں کی جنینی حالت برقرار تھی، اور ان کا رنگ پھیکا نیلگوں سرخ تھا، اور پلورا (pleura) کے نیچے بے شمار کدمات موجود تھے۔ گرد قلبہ (pericardium) میں تھوڑا سا سیال موجود تھا اور قلب اکدم (echhmyosed) تھا۔ (یہاں قلب کے اندر جو خون تھا اس کی مقدار کا کچھ ذکر نہیں کیا گیا)۔ حبل کا طول ۶۶ سینٹی میٹر (۲۶) انچ تھا، جس میں ناف سے گردن تک کا حصہ ۱۵ سینٹی میٹر (۱۶ انچ)۔ گردن کے گرد کا ۱۵ سینٹی میٹر اور

گردن سے مشیمہ تک کا ۳۶ سنٹی میٹر (۱۴ انچ) تھا۔

تخنیق سے واقع شدہ موت میں، دماغ اور اغشیہ کا بیش دموی ہونا کوئی ضروری امر نہیں کیونکہ سباتی شرائین (carotids) پیر مضغوط ہو جانے سے خون کی رسد رک جاتی ہے۔ اور حقیقۃً دماغ اور اغشیہ کی حالت، خواہ حبل سے تخنیق ہو کر موت ہو، یا سفولہ سے واقع شدہ حبل کے انضغاط سے موت ہو، مستقل نہیں ہوتی۔ سکینزونی (Scanzoni) نے بارہ واقعات میں سے صرف ہم میں دماغی بیش دمویت پائی۔ حبل السری سے تخنیق ہو کر جو نشان پیدا ہو جاتا ہے، وہ بالعموم گردن کے گرد مسلسل ہوتا ہے اس کی چوڑائی حبل کی موٹائی سے مطابقت کرتی ہے۔ میزاب عرضی تراش میں گول ہوتا ہے، اور نرم ہوتا ہے اور اہم ترین امر یہ ہے کہ جلد چھلی ہوئی نہیں ہوتی۔

وضع حمل میں سر کے آگے کی جانب بزور خم ہو جانے سے، ایسے نشانات پیدا ہو سکتے ہیں، جو گردن کے گرد لپٹی ہوئی حبل کے پیدا کردہ نشانات سے مشابہ ہوتے ہیں، خاصکر فربہ بچوں میں محتاط امتحان حقیقی فشار کی علامات کی عدم موجودگی ظاہر کر دیتا ہے مثلاً ایسے فشار کے جو کسی مخنق واسطہ کے استعمال سے پیدا ہوا ہو۔ گردن کو بزور کھینچنے سے، اس کے سامنے اور پیچھے کے حصہ میں سرخ دھاریاں پیدا ہو سکتی ہیں۔ کالٹن باک[1] (Kaltenbach) توجہ دلاتا ہے کہ یہ نشانات تخنیق کے پیدا کردہ نشانات سے مشابہت رکھتے ہیں، اور دو تین دن میں بشرے (cuticle) کے جھڑ جاتے ہی غائب ہو جاتے ہیں۔ جب بچہ کا سر فم الرحم سے آگے گزر جاتا ہے، تو منقبض شدہ عنق کے فشار سے اُس کی گردن پر ایک نشان باقی رہ جاتا ہے، جو عریض ہوتا ہے لیکن اُس قدر واضح نہیں ہوتا جتنے کہ دیگر طریقوں سے پیدا شدہ نشانات۔ ممکن ہے کہ جنینی اغشیہ بچہ کی گردن کے گرد لپٹ جائیں، اور اس سے ایک مشتبہ سا نشان باقی رہ جائے۔

اطالت پذیر وضع حمل سے اکثر اوقات بچہ کی موت واقع ہو جاتی

---

[1] Centralbl. f. Gynäcologie. 1888

ہے۔ اغشیہ مشقوق ہونے کے بعد تشنجی طور پر منقبض شدہ رحم سے جو ضغطہ پیدا ہو جاتا ہے، اگر یہ تا دیر قائم رہے، تو نہ صرف بچے کو ہلاک کر دیتا ہے بلکہ جسم میں ایسی کیفیات بھی پیدا کر دیتا ہے جن پر کہ دانستہ تشدد کا دھوکہ ہو سکتا ہے۔ ایشبائی[1] (Ashby) نے نوزائیدہ بچوں کا بعد الموت امتحان کرنے پر یہ پایا کہ اطالت پذیر حمل سے پیدا شدہ اختناق کا ایک کثیر الوقوع نتیجہ سحائی نزف ہے سٹیڈٹ فلٹ[2] (Stadtfelt) بیان کرتا ہے کہ جمجمہ میں نزف کو مجرمانہ اغتصاص
کی امارت تصور کئے جانے کا احتمال ہے، حالانکہ زیادہ تر یہ وضع حمل کے 24
دوران میں لگے ہوئے تضررات کا نتیجہ ہوتا ہے۔ انتہائی خمیدگی سے شوکہ بھی متضرر ہو جاتا ہے اور اس کی جانبوں کے ساتھ ساتھ خون پایا جاتا ہے۔ ایک واقعہ میں سٹیڈٹ فیلٹ (Stadtfelt) نے گردے کے آس پاس خون نکلا ہوا پایا، لیکن شوکہ میں یا کسی نواحی عضو میں کوئی ظاہرا تضرر موجود نہ تھا۔ اگر بچہ کی موت اطالت پذیر حمل سے واقع ہو جائے تو خون کا انصباب کوئی شاذ الوقوع امر نہیں ہے، لیکن اگر میعاد پر یا اس سے قبل رحمی عضلوں کا قوی ہونا اور بچے کی بافتوں کا نازک نوعیت کا ہونا مدنظر رکھا جائے تو اس امر پر تعجب کرنے کی ضرورت نہیں۔ بعض مثالوں میں بچہ پیدائش سے کئی دن بعد تک زندہ رہتا ہے، حالانکہ جس تضرر سے وہ بالآخر مرتا ہے وہ بوقت پیدائش لگا ہوتا ہے۔ کیسر[3] (Keser) نے ایک ایسا واقعہ دیکھا جس میں اس نے ۲۰ اونس خون باریطون میں پایا۔

مانٹیتھ[4] (Monteith) نے ایک بچہ کا نہایت ہی تعجب خیز واقعہ درج کیا ہے۔ یہ بچہ فطرتی وضع حمل سے تولد ہوا تھا، اس کی داہنی جداری

۱۔ Brit. Med. Journ., 1890

۲۔ Nord. Medicin. Arkiv, Bd. 17

۳۔ The Lancet, 1886

۴۔ The Lancet, *1874*

(parietal) ہڈی کے وسط میں ایک منخفض کسر تھا اور یہ ہڈی کسر کے ایک سرے یعنی سہمی (sagittal) درز سے لیکر دوسرے سرے یعنی اکلیلی (coronal) درز تک مشقوق تھی۔ مکسور ہڈی کی اندرونی سطح سے سینن نکلے ہوئے تھے۔

پیدائش میں تضرر سے واقع شدہ اموات کی تعداد، انگلستان اور ویلز میں سنہ ۱۹۰۱ء میں ۴۸۴ سے بڑھکر سنہ ۱۹۱۱ء میں ۹۰۴ ہوگئی، اور سنہ ۱۹۱۹ء میں ۴۷۰ تھی۔

عدم تکمیل، یا سوئے تغذیہ بچہ کی پیدائش سے تھوڑی دیر بعد موت واقع کر دیتا ہے۔ موخر الذکر اکثر اوقات مشیمی انحطاط کا بلکہ بسا اوقات آتشکی اصل کے مشیمی انحطاط کا نتیجہ ہوتا ہے کہ جس سے جنینی رسد خون میں مداخلت ہو جاتی ہے۔ اگر یہ مشیمی رسد خون، نہایت ہی آہستہ آہستہ کم ہو، جیسا کہ ترقی پذیر انحطاط میں ہوتا ہے، تو ممکن ہے کہ جنین میں اختناقی امارات بالکل نہ ہوں، بلکہ وہ محض ناکافی تغذیہ کی وجہ سے کمزور ہو گیا ہو۔ لیکن اگر مشیمہ کی رحم سے قبل از وقت علیحدگی سے، دوران خون زیادہ سرعت سے منقطع ہو جائے، تو گمان غالب ہے کہ اختناق کی امارات موجود ہوں گی۔ جنین کی دموی رسد، حبل کے خود بخود مشقوق ہو جانے سے، بھی منقطع ہو سکتی ہے، ریوٹ[۱] (Rivet) ایک واقعہ درج کرتا ہے، اس میں جب اغشیہ ٹوٹے تو سری عروق کے از خود انشقاق سے خون کی دھار نکل پڑی تھی۔

نوزائیدہ بچوں میں ناگہانی موت، بظاہر تھائمس (thymus) غدہ کی بیش پروردگی سے ہوگئی ہے۔ گراوٹز[۲] (Grawitz) دو واقعات درج کرتا ہے، ایک میں غدہ گرد قلبہ کے بیشتر حصہ کو ڈھانکے ہوئے تھا۔ شیل[۳] (Scheele) نے ایک ۱۶ ماہ کے بچے کا ایک اور ایسا واقعہ درج کیا ہے۔ یہ امر کہ کس اسلوب پر موت

۱ے۔ Arch. de Toeologie, 1883

۲ے۔ Deutsche med. Wochenschr., 1888

۳ے۔ Zeitschr f. klin. Med., 1890.

واقع ہوتی ہے واضح نہیں ہوتا، لیکن اختناق کی امارات موجود ہوتی ہیں۔
ممکن ہے، کم از کم بعض واقعات میں، کہ یہ اختناق حنجرہ کے تشنج سے پیدا ہو گیا
ہو۔ پالٹاف[1] (Paltauf) بیان کرتا ہے کہ تھائمس (thymus) کی بیش تکوینی
(hyperplasia) کلانی سے، قصبۃ الریہ کے دب جانے کا کوئی ثبوت نہیں ہے،
بلکہ یہ حالت صرف ایک منظر منجملہ ان مناظر کے ہے جو کہ لمفی نظام کے عمومی مرض
سے پیدا ہوتے ہیں، اور یہ موت کا براہ راست سبب نہیں ہے۔

مہلک تشوہات اور امراض، مثلاً ذات الریہ، صدر مائیت بالعموم
اس قدر ظاہر و باہر ہوتے ہیں کہ سبب موت کے متعلق فیصلہ کرنے میں ذرا
بھی دقت نہیں ہوتی۔ جمجمہ کی ہڈیوں کا ناقص تعظم، وضع حمل میں مہلک نشانات کا
خطرہ بڑھا دیتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس پر تشدد سے پیدا شدہ تفرزات کا دھوکا
ہو۔ ٹیلر (Taylor) اور سٹیونسن[2] (Stevenson) ایک بچہ کے واقعہ کا ذکر کرتے
ہیں جس کی لاش ایک تالاب میں پڑی ہوئی پائی گئی۔ اس لاش میں جمجمہ کے تفرز
کا یہ منظر پایا گیا کہ ایک جداری ہڈی میں دو سوراخ موجود تھے۔ بغور امتحان
کرنے پر یہ معلوم ہوا کہ روزن کے کناروں پر ہڈی پتلی ہو گئی ہے، اور یہ کہ ابتدا
میں فضا میں ایک غشا سے ڈھکی ہوئی تھیں، جو کہ تعلیین کی وجہ سے معدوم ہو گئی
ہے۔

تاخیر پذیر وضع حمل کے متعلق بیان کیا گیا ہے کہ یہ کبھی بچہ کی موت کا 125
سبب ہو سکتا ہے۔ اس کی متضاد انتہا، یعنی عجلت پذیر وضع حمل بھی خطرہ سے
پُر ہوتا ہے۔ جن اسالیب پر اس سے موت وقوع پذیر ہوتی ہے وہ مختلف
ہیں۔ اگر بچہ سر کے بل کسی جانب سخت سطح پر گرے، تو ممکن ہے کہ جمجمہ کی ہڈیاں
شکست ہو جائیں۔ اگر بچہ نکلتے وقت عورت سیدھی کھڑی ہو، تو ممکن ہے کہ
جداری (parietal) ہڈیاں شکست ہو جائیں جب ایک ہی ہڈی ٹوٹتی ہے تو بالعموم

---

[1] Wiener Klin. Woehenschr., 1890.

[2] Principles and Practice of Med. Jurisprudence.

حوض میں بچہ کی تدویر کی وجہ سے، یہ ہڈی بائیں ہوتی ہے۔ شاید کسر جبہی (frontal) اور قذالی (occipital) ہڈیوں تک پھیل جائیں۔ ممکن ہے کہ بچہ رات کی طشت چوکی (night commode)، یا کسی دیگر ظرف میں دفعتًہ گر ے، اور رحل یا دیگر سیال میں ڈوب کر مر جائے۔ جب بچہ کسی ایسے ظرف میں گرتا ہے، تو بالعموم یہ سر کے بل داخل ہوتا ہے۔ بدیں وجہ اگر اس کو فوراً ہی نہ نکال لیا جائے، تو سیال کی تھوڑی سی مقدار بھی اختناق پیدا کر دینے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ ریز (Rayner) اور اسٹورٹ[1] (Stuart) نے ایک حیرت انگیز واقعہ درج کیا ہے کہ ایک ۲۶ سالہ اول الولادت عورت (primipara) کو اس کا خاوند عمدہ صحت اور اچھی حالت میں چھوڑ کر صبح دو بجے کہیں چلا گیا۔ جب ۴ بجے صبح واپس لوٹا، تو اس کو ایک بیت الخلا (water-closet) کے اندر مردہ پایا۔ اس عورت کا وضع حمل اسی حالت میں ہو گیا تھا، اور بچے کا سر بیت الخلا کے زیریں سوراخ سے پورے طور پر گزرا ہوا تھا، لیکن اس کا دھڑ اور جوارح اوپر رہ گئے تھے۔ بچہ کو نکالنے کی بزور کوشش کی گئی۔ لیکن چونکہ وہ تندرست کامل المیعاد لڑکی تھی، لہذا وہ اس وقت تک نہ نکل سکی جب تک کہ مٹی کے ظرف کو توڑ نہ دیا گیا۔ ماں کے امتحان سے یہ معلوم ہوا کہ رحم اور عنق کا زیریں قطعہ، دو جانبی طور پر رحم کی پوری عضلی موٹائی تک مشقوق ہو گیا ہے، مہبل کی غشائے مخاطی اور اس کی عضلی دیوار کا کچھ حصہ مشقوق ہو گیا ہے، اور عجان کی عمیق تر بافتیں دریدہ ہو گئی ہیں۔ عجان اوپری طور پر صحیح و سالم تھا، اور موت کی وجہ صدمہ اور نزف تھا۔ مشاہدوں نے بتلایا کہ یہ واقعہ طبی قانونی نقطۂ نگاہ سے دلچسپ ہے، کیونکہ اگر ماں مر نہ گئی ہوتی، تو شائد یہ حجت پیش کی جاتی کہ بچہ کو اس غیر معمولی مقام میں پہنچانے کے لئے، جس میں وہ پایا گیا تھا کشش ثقل کی قوتوں اور اخراجی قوتوں کے علاوہ کوئی دیگر قوت بھی استعمال کی گئی ہے۔ ایسے تفرز سے کہ جس میں بچہ محض گر ہی جائے، اور کوئی جمجمہ کا کسر پیدا نہ ہو، مہلک نتیجہ مترتب ہو سکتا ہے۔ اسیطرح

---

[1] The Lancet 1905

سرد ہوا میں بغیر کسی پوشش کے اور بغیر کسی تضرر کے ننگا پڑا رہنا خاص طور پر کمزور بچہ میں، موت کی کافی وجہ ہو سکتی ہے۔ ان تمام مثالوں میں جن میں گرنے سے مہلک ضربی (traumatic) تضررات پیدا نہیں ہوتے، موت اس لئے واقع ہوتی ہے کہ بچہ کی طرف کوئی التفات نہیں کیا جاتا، یعنی اگر بچہ کو خطرہ کے منبع یعنی غرقابی یا سردی لگنے سے بچا لیا جائے، تو پھر وہ نہیں مرتا۔ ایسا بچہ بالعموم یا تو چھوٹا ہوتا ہے یا ناتکمل ہوتا ہے اور اسکے سر میں تو سابیا (caput succedaneum) اور نہ انصیاغ (moulding) نظر آتا ہے۔

مہلک وارداتوں میں اس امر کی کہ بچہ کو کیوں مرنے دیا گیا، عموماً یہ وجہ پیش کی جاتی ہے کہ بوقت پیدائش ماں بے ہوش ہو گئی تھی۔ یہ سوال معتدبہ اہمیت رکھتا ہے کیونکہ یہ بچہ کشی کے اکثر واقعات میں اٹھایا جاتا ہے تاہم پیدائش کی اثنا میں بے ہوشی ہو جانے کے متعلق اکثر ماہرین تشکک کا اظہار کرتے ہیں۔ ہیڈنھین[1] (Heidenhain) نے ایک عورت کا واقعہ بیان کیا ہے جس کو نصف شب میں دردزہ کا حملہ ہوا، اور وہ چراغ لینے کے لئے بستر سے اٹھی۔ جیسا کہ وہ بیان کرتی تھی، اس کو فوراً بچہ تولد ہوا جس کی حبل السری زمین پر گرتے ہی ٹوٹ گئی۔ ماں بستر پر واپس آتے ہی بے ہوش ہو گئی، ہوش میں آنے پر اس کو معلوم ہوا کہ بچہ تو مر گیا ہے۔ بچہ کی موت کی وجہ دروں جمجمی نزف تھا، جو کہ بائیں جداری (parietal) ہڈی کے متضرر ہونے کا نتیجہ تھا۔ ہیڈنھین (Heidenhain) ناجائز بچوں کی ولادت کے بعد بے ہوشی ہونے کی کثرت کو بنظر شبہ دیکھتا ہے، اور وہ اول الولادت عورتوں (primipara) میں ناگہانی وضع حمل ہونا بہت ہی غیر معمولی تصور کرتا ہے۔ یہ دونوں اعتراضات معتد بہ وزن رکھتے ہیں، لیکن ایسے واقعات بھی ہوئے ہیں جو شک سے بالاتر ہیں، اور ان سے سریع ولادت ہونا اور اسی وقت یا بعد میں بے ہوشی ہو جانے کا امکان ثابت ہوتا ہے۔ پلمان[2] (Pull-
26 mann) نے اس قسم کا ایک سبق آموز واقعہ درج کیا ہے۔ ایک عالی مرتبہ

---

[1] Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 1889

[2] do 1891

شادی شدہ خاتون کو جو کہ ایک بچہ کی متوقع پیدائش کا بڑی مسرت سے انتظار کر رہی تھی، پشت میں کچھ دردیں ہوئیں، لیکن اس نے یہ نہیں سمجھا کہ یہ دردِ زہ ہے۔ ایک دو گھنٹہ بعد اس کو حزق کی دردیں شروع ہو گئیں، اور اغشیہ مشقوق ہو گئے۔ طبیب اور نرس کو فوراً بلایا گیا۔ اس اثنا میں مریضہ کو پیشاب کی سخت حاجت ہوئی اور وہ پیشاب کرنے کے لئے بستر سے اٹھی۔ اس نے اپنے آپ کو برتن پر رکھ دیا، لیکن اسکو اعضائے تناسلی میں ایک عجیب سریع حرکت محسوس ہوئی، وہ اچھل پڑی اور بچہ اسی وقت برتن میں جا گرا اور اس کے بعد مشیمہ بھی۔ ماں فوراً بے ہوش ہو گئی۔ اگر اس وقت نرس (nurse) نے کمرے میں داخل ہو کر بچہ کو، جو کہ برتن میں سر کے بل پڑا ہوا تھا، اس خطرناک مقام سے نکال نہ لیا ہوتا، تو وہ بلا شک مر گیا ہوتا۔ بچہ نمو کے اکتیسویں ہفتہ میں تھا، اور رسا بیا (caput succedaneum) موجود نہ تھا۔ سریع اخراج کی وجہ سے، ماں کے عجان میں ایک وسیع انشقاق ہو گیا تھا۔ اگر یہی واقعہ کسی خادمہ کو پیش آتا، اور وہ پیشاب کی حاجت کی وجہ سے بیت الخلا میں گئی ہوتی تو اسکے دوبارہ ہوش میں آنے تک بچہ مدت سے مر گیا ہوتا۔ وہ اس واقعہ کی جو تفصیل دیتی، غالباً اسے مکمل تصنع پر محمول کیا جاتا۔ برونن[1] (Brunon) ایک قریب المیعاد اول الولادت عورت کا واقعہ بیان کرتا ہے، جس کو پشت میں کچھ درد ہوا، اور تبرز کی حاجت ہوئی۔ اس نے تبرز کی کوشش کی، اور اس کے بعد بستر پر واپس آ گئی۔ پھر اس کو اس سے بھی شدید حاجت محسوس ہوئی اور وہ طشت چوکی (commode) کو جانے کی غرض سے پھر اٹھی، لیکن رانوں کے درمیان کچھ شے دیکھ کر متعجب ہوئی جو ایک بچہ کا سر تھا۔ اس خارجی شے کے وجود سے آگاہ ہونے سے قبل، اس کو کچھ معلوم نہیں تھا کہ کیا ہوا ہے۔ ایک دیگر واقعہ میں جس کی لینگر[2] (Langier) نے اطلاع دی ہے، ایک عورت جس کو ۸ ماہ کا ترقی یافتہ

---

[1] Journ. de Med. et de Chirurg., 1880.

[2] Annales d' Hygiéne, 1891

حمل تھا، رفع حاجت کی ناقابل ضبط خواہش سے مجبور ہو گئی، لیکن جب بستر پر سے اُٹھی تو بچہ خارج ہو کر برتن میں جا گرا۔ حبل نہیں ٹوٹی تھی، اور مشیمہ کو بعد میں جدا کرنا پڑا، بچہ کا احیاء کیا گیا۔ اخراج سے چوتھائی گھنٹہ قبل عورت کو کچھ بھی محسوس نہ ہوتا تھا۔ ایرن ڈارفر[1] (Ehrendorfer) ایک عجلت آمیز وضع حمل کا واقع درج کرتا ہے، جو ایک زچگی کے ہسپتال میں ہوا تھا۔ ایک کثیر الولادت عورت (multipara)، جس کو حمل کا آٹھواں مہینہ تھا، کچھ مدت سے ہلکی دردوں کی شکایت کیا کرتی تھی۔ ایک رات وہ بیت الخلا میں گئی، اور ۱۰ منٹ کے بعد واپس آکر کہنے لگی کہ اس نے تو بچہ جنا ہے۔ زچہ خانہ میں پہنچتے کے ساتھ ہی اُس کے اندر سے مشیمہ گر پڑا۔ حبل کا چسپیدہ حصہ ۱۰ انچ لمبا تھا، اور اس کا آزاد سرا پھٹا ہوا تھا۔ بچے کا جسم بیت الخلاء میں ملا۔ یہ طول میں ۱۹ انچ اور کندھوں کے وار پار ۳/۴ ۴ انچ تھا۔ سابیا (caput succedaneum) بھی موجود تھا۔ پھیپھڑوں میں ایک سیال موجود تھا، جو اس سیال سے مشابہ تھا جو کہ چوکی میں پایا گیا۔ یہ عورت ۷ دن بعد مر گئی، اور امتحان لاش (autopsy) پر شوکہ کا تدرن (tuberculosis)، اور خصری (psoas) پھوڑا پایا گیا۔ یہ اس درد کی، جس کو مریضہ ہاشیہ محسوس کیا کرتی تھی، توجیہہ کرتا تھا، اور اس کے اس بیان کو، کہ میں نہیں جانتی کہ دردِ زہ کب شروع ہوا، نہایت ہی اغلب ظاہر کرتا تھا۔ ان واقعات سے ظاہر ہے کہ ایسے بیانات کو جو سخت مشکوک حالات کے ماتحت دئے جائیں، اس وجہ سے فی الفور مسترد نہ کر دینا چاہیئے کہ یہ بالکل ناممکن ہیں۔

اگر بوقت اخراج کوئی عورت بے ہوش ہو گئی ہو، تو ضرور ہے کہ ہوش آنے پر وہ دیکھ لے گی کہ کیا ہوا ہے۔ لہذا اگر وہ مردہ بچہ کو چھپائے، اور معاملہ کو صیغۂ راز میں رکھے، تو وہ اس واقعہ کو قصور واری کا جامہ پہنا دیتی ہے۔ بچہ کی لاش کا امتحان ایسی امارات تفضر کے لئے کرنا چاہیئے جو دیئے ہوئے بیانات کے متناقض ہوں۔ اسیطرح ہوائی گذرگاہوں کے مشمولات کا امتحان

[1] Wiener klin. Wochenschr., 1895.

اس غرض سے کرنا چاہیئے کہ ان میں اس نوعیت کی شے یا سیال موجود ہے کہ جس نوعیت کی شے یا سیال میں بچہ کا گرنا بیان کیا گیا ہے۔ اگر حبل ٹوٹی ہوئی ہو، تو یہ معائنہ کرنا چاہیے کہ کسی کاٹنے والے اوزار کے ذریعہ یا ہاتھوں سے کھینچکر مصنوعی طور پر جدا کرنے کی علامات تو نہیں ہیں۔ اگر بچہ لاطاقت ور ہو، تو ممکن ہے کہ برتن میں گرنے کی اثنا میں وہ اس قدر سانس درکشیدہ 127
کرلے کہ اس کے پھیپھڑے جزئی طور پر تیراک ہو جائیں۔ علامات اختناق بہرکیف موجود رہی ہوں گی۔ قتل کی وارداتوں میں عام طور پر بچہ کا اغتصاص یا اس کی تخنیق کردی جاتی ہے۔ اس لئے منہ اور نتھنوں اور حلق کے پاس جسم کا معائنہ کرنا چاہیئے۔

جب حبل سے بندش لگا کر حبل کو کاٹ لیا جاتا ہے، تو اس سے پیدا شدہ نزف موت کا باعث ہو سکتا ہے۔ اس کی وجہ بظاہر یہ ہوتی ہے کہ خون کا مروب ہونے کی جانب عدم میلان ہوتا ہے یا بندش ناکافی طور پر کسی ہوتی ہے۔

بچہ کی موت مجرمانہ تشدد سے

موت کے ان اسالیب پر اب غور ہو گا کہ جن سے بچہ کُشی کا جرم بنتا ہے۔ ظاہر ہے کہ اگر کوئی شخص کسی بچہ کی جان لینا چاہئے تو وہ بچہ بالکل اس کے رحم و کرم پر ہوتا ہے۔ لہذا جن جن طریقوں سے یہ فعل انجام دیا جا سکتا ہے ان کی بمشکل کوئی انتہا مقرر کی جا سکتی ہے۔ لیکن بعض طریقے بلحاظ تواتر غالب الوقوع ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ یہ آسانی سے عمل میں لائے جا سکتے ہیں اور بالکل ایسے مناظر پیدا کرتے ہیں جو اتفاقی یا فطرتی اسباب سے واقع شدہ موت کے بعد بھی پائے جاتے ہیں۔

اغصاص۔ ۱۹۱۹ء میں انگلینڈ (England) اور ویلز (Wales) میں، ایک سال سے کم کے بچوں میں بارہ اموات دم گھوٹکر قتل کی طرف منسوب کی گئیں۔

نوازئیدہ بچے کا دم آسانی سے گھونٹا جا سکتا ہے اس طرح کہ منہ اور نتھنوں پر کوئی نرم چیز مثلاً برہنہ ہاتھ، یا تہ کیا ہوا کپڑے کا ٹکڑا رکھ دیا جاتا ہے۔ اگرچہ اس مقصد کے لئے بہت ہی کم دباؤ کافی ہوتا ہے لیکن اگر یہ دباؤ براہِ راست منہ پر عمل میں لایا جائے تو بالعموم بچہ کی نازک بافتوں سے دباؤ کے عمل میں لائے جانے کی شہادت حاصل ہوتی ہے۔ ایسا بہت ہی شاذ ہوتا ہے کہ مقصد کی تکمیل کے لئے تشدد کی کم از کم مقدار جو ضروری ہو استعمال کی جائے۔ اور اس کو بطور ایک بدیہی امر کے تسلیم کیا جا سکتا ہے کہ تقریباً تمام اقدامات قتل میں اس سے زیادہ تشدد استعمال کیا جاتا ہے کہ جس قدر موت واقع کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ اور اس امر کا اطلاق بچہ کشی پر ایک استثنائی خصوصیت کے ساتھ ہوتا ہے۔ ارتکاب کنندہ عورت بالعموم کوئی ایسی عورت ہوتی ہے جو بوقت ارتکاب جرم کسی زبردست جذبہ کے زیر اثر ہوتی ہے اور اس امر کا صحیح صحیح اندازہ کرنے کے، کہ موت واقع کرنے کے لئے کس قدر تشدد کی ضرورت ہے، قابل نہیں ہوتی۔ وافر تشدد بسا اوقات استعمال کرنے کی ایک وجہ اور بھی ہے۔ یعنی بچہ کا رونا فی الفور بند کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ موت کے بعد بیرونی مناظر اس اسلوب کے مطابق اختلاف پذیر ہوتے ہیں جس سے دم گھونٹنا انجام دیا جاتا ہے۔ یعنی آیا دباؤ براہ راست منہ پر عمل میں لایا جاتا ہے یا بچہ کو کسی ایسے نرم مادے میں جو ہوا کی رسائی مسدود کر دے، ملفوف کر دیا جاتا ہے۔ فیلٹز[1] (Fielitz) نے دم گھونٹ کر بچہ کشی کے تین واقعات بیان کئے ہیں۔ ایک میں یہ بچہ کو پروں کے تکیہ سے ڈھانک کر انجام دی گئی اور اس واقعہ میں تشدد کی کوئی بیرونی امارات موجود نہ تھیں۔ دوسرے واقعہ میں ماں نے بچہ کے منہ اور ناک پر اپنا ہاتھ رکھ کر اس کا دم گھونٹ ڈالا معائنہ کرنے پر اس کا منہ بند پایا گیا، اور ہونٹ سفید تھے اور ان کے درمیان زبان کی نوک تھی گردن کی دائیں جانب پر اور کندھے سے ذرا اوپر چار نشان اور بائیں طرف اسی مقام پر ایک ہی نشان پایا گیا۔ یہ انگلیوں کے ناخنوں سے متناظر تھے۔ اختناق

[1] Vierteljahrsscht f. ger. Med., 1891.

کی اندرونی امارات بھی موجود تھیں۔ بچہ کے پیدا ہوتے ہی ماں نے اپنا دایاں ہاتھ اس کے منہ پر رکھا تھا اور اس کا تنفس روک رکھا تھا۔ اور گلے پر نشانات اس طرح پیدا ہوئے تھے کہ انگوٹھے اور انگلی کے ناخن گردن پر رکھے رہے۔ انگوٹھے اور انگلی کو بچہ کے چہرے کے تحدب سے متوافق کرنے کے لئے خم کر لیا گیا تھا۔ ایک تیسرے واقعہ میں، منہ یا گردن پر تشدد کے کوئی آثار تھے اور نہ جسم کے کسی دیگر حصہ پر تھے۔ لیکن اندرونی طور پر امارات اختناق نظر آتی تھیں۔ اغتصاص بچہ کو دامن (apron) میں ملفوف کر کے پیدا کیا گیا تھا۔ شلر (Schiller) نے ایک نوازئیدہ بچے کا امتحان کیا تو اختناق کی امارات کے علاوہ باریک تر شعبتوں میں خون کی کچھ معتد ار پائی گئی۔ بلعوم (pharynx) کی لپشت پر 128
کچھ تضررات پائے گئے جو ماں نے اغتصاص پیدا کرنے کی غرض سے بچہ کے منہ میں انگشت شہادت داخل کر کے لگائے تھے۔ انگلی کے کچھ مدت تک وہاں قائم رہنے سے بلعوم کی دیوار چھل گئی تھی اور نزف واقع ہو گیا تھا۔ اغتصاص کا باعث انگلی کی موجودگی تھی نہ کہ وہ خون جو کہ شعبتوں میں پڑا ہوا تھا کیونکہ اس خون میں ہوا ملی ہوئی نہیں تھی۔

یہ بھی ہو سکتا ہے کہ اختناق سے مرے ہوئے بچہ کی لاش کسی ایسے واسطے میں پڑی پائی جائے جو اغتصاص پیدا کرنے کے قابل ہو لیکن موت اس اغراق سے پیشتر ہی واقعہ ہو چکی ہو۔ لہذا یہ ضروری ہے کہ موت کے کسی اغلب سبب کو مناسب تفتیش کے بغیر تسلیم نہ کرنا چاہیئے۔ ممکن ہے کہ لاش کسی تالاب یا بدرو (cesspool) میں پڑی ہوئی ملے لیکن موت وہاں رکھے جانے سے پہلے ہی واقع ہو چکی ہو۔ ہوائی گذر گاہوں اور امعائی خطہ میں اس واسطے کے شائبات کی جس میں لاش پڑی ہوئی پائی جائے بڑے حزم و احتیاط سے تلاش کرنا چاہیئے۔ اگر کچھ شائبات موجود ہوں تو ان سے اس امر کی شہادت حاصل ہوتی ہے کہ بوقت اغراق حیات موجود تھی۔ چنانچہ ایک ٹھوس

لـ Verteljahrsschr. f. ger. Med., 1887

واسطہ جو ذرات کی حالت میں مثلاً ریت یا بھربھری مٹی زندہ تدفین کی مذکورہ بالا شہادت مہیا کرتی ہے۔ مشکا[1] (Maschka) نے ایک واقعہ درج کیا ہے جس میں ایک بچہ ایک کھیت میں ایک انچ کی گہرائی پر دفن پایا گیا۔ اس کے منہ میں کیچڑ کی سی کثافت کی ایک پوٹ تھی۔ یہ اسی ریت اور مٹی سے بنی ہوئی تھی جو کہ لاش کے ارد گرد تھی۔ اس کا کچھ حصہ حلق اور حنجرے تک گھس گیا تھا۔ لیکن آگے قصبۃ الریہ یا مری۔ (oeso-phagus) میں اس کا کوئی پتہ نہ ملتا تھا۔ معدہ میں بھی اس کے شائبات بالکل نہ تھے سالبتہ اثنا عشری میں ایک چھوٹا سا ٹکڑا پایا گیا۔ پھیپھڑوں سے تنفس کا ثبوت حاصل ہوتا تھا اور اختناق سے واقع شدہ موت کی قیاسی علامات موجود تھیں۔ رائے جو دی گئی وہ یہ تھی کہ زمین میں رکھے جانے سے پیشتر بچہ سانس لے چکا تھا۔ اور بعد میں شہیق (inspiration) کی کوششوں سے کچھ مٹی منہ میں کھینچ آئی تھی لیکن یہ اس قدر ملتصق (coherent) تھی کہ آگے نہ گذر سکی۔ ابتلاع کی حرکات سے جو تنفس کی کوشش کے وقت ظہور پذیر ہوئیں مٹی کا ایک ٹکڑا معدہ میں پہنچ گیا تھا۔ اور وہ حرکات دودیہ جو بدنی موت کے وقت فوراً منقطع نہیں ہو جاتیں، اسے آگے اثنا عشری میں لے گئی تھیں۔ ٹارڈیو[2] (Tardieu) نے درج کیا گیا ہے کہ ایک بچہ کی لاش ایک صندوق میں پائی گئی۔ بچہ اغتصاص سے مرا تھا، نہ کہ صندوق میں بند ہونے کی وجہ سے۔ زیریں لب بروں گردیدہ (everted) تھا اور اس پر کسی بنی ہوئی بافت (woven tissue) کا ارتسام تھا، جس کا ایک ٹکڑا اس کے ساتھ ہی چپکا ہوا تھا۔ اغتصاص بچہ کے منہ پر روئی کا کپڑا دبانے سے انجام دیا گیا تھا۔

جیسا کہ پہلے بیان ہو چکا ہے، نوازئیدہ بچہ کا دم آسانی سے گھونٹا جا سکتا ہے۔ بستر کے کپڑوں کے نیچے رکھ چھوڑنا شمع حیات گل کر دینے کے لئے کافی ہے، بغیر اس کے کہ اغتصاص کی کچھ بیرونی امارات پیدا ہوں۔ لہٰذا ایسے

[1] Vierteljahrsschr. f. ger. Med., 1886.

[2] E'tude Medico-legale sur l'Infanticide, 1868.

واقعات میں موت کو مجرمانہ نیت پر محمول کرتے وقت مناسب احتیاط برتنے کی
ضرورت ہے۔ ممکن ہے کہ ماں کو غش آگیا ہو، یا کسی دیگر وجہ سے وہ اتنے عرصہ تک
بے ہوش یا اپنے افعال میں غیر ذمہ دار رہی ہو، کہ بچہ کی جان لینے کا قصد کئے
بغیر موت کا سبب ہو گئی ہو لیکن اس کے متعلق کوئی محکم قاعدہ مقرر نہیں کیا جا سکتا۔ ان
شادی شدہ عورتوں میں جن کو حال ہی میں دردِ زہ ہوا ہو بیرونی مہیجات کے ادراک
(appreciation) کی قابلیت ایک قریب قریب غیر متناہی حد تک تغیر پذیر ہوتی
ہے بعض عورتیں بوقتِ وضعِ حمل مانیازدہ (maniacal) ہو جاتی ہیں بعد میں ان
پر ایک نیم ہوشی کی حالت طاری ہو جاتی ہے۔ بعض اپنی اولاد کے حشر کے متعلق اتنی
مدت تک بے پرواہ رہتی ہیں کہ مطلوبہ توجہ حاصل نہ ہونے کی صورت میں
بوجہ غفلت اس کی موت واقعہ کر دینے کے لئے یہ مدت بالکل کافی ہوتی ہے۔
لیکن بعد میں اس کی بہبودی کے متعلق نہایت پرجوش دلبستگی کا اظہار کرتی ہیں
اس کی متضاد انتہا جو غیر شادی شدہ عورتوں میں ملتی ہے، مساوی طور پر نمایاں
ہوتی ہے۔ یہ کوئی شاذ واقعہ نہیں ہے کہ ایک خادمہ لڑکی ایک ایسے کمرے
میں کہ جس میں اس کے ساتھ کوئی اور خادمہ بھی رہتی ہو، بچہ جنتی ہے۔ اور اس کی
لاش کو ٹھکانے لگا دیتی ہے بغیر اس کے کہ کوئی فوری شک پیدا ہو۔ ایک واقعہ میں 129
ایک خادمہ لڑکی نے اسوقت جبکہ بچہ تولد ہو رہا تھا سامنے کے دروازے کی گھنٹی
بجتی سنی اور اس نے فوراً دروازہ کھولکر اپنی مالکہ کو اندر داخل کر لیا۔ بعدہٗ معلوم
ہوا کہ اس وقت مشیمہ ابھی رحم کے اندر ہی تھا، اور نزف بھی ہو رہا تھا۔ ایک
اور واقعہ میں ایک خادمہ لڑکی گھر سے کچھ دور نکل گئی اور واپسی پر اس لڑکے کو
کہ جو گاڑی چلا رہا تھا ٹھہرنے کے لئے کہا۔ گاڑی سے اتر کر وہ ایک جھاڑی کے ایک
گوشہ میں چلی گئی۔ پانچ منٹ بعد اس کو گھر کی جانب چلتے ہوئے دیکھا گیا جو کہ ½ ۱
میل کے فاصلے پر تھا۔ دوسرے دن وہ حسب معمول اپنے کام میں مصروف رہی
اس پانچ منٹ کے وقفہ میں اسنے ایک زندہ بچہ جنا تھا۔ آیا ماں نے بچہ کی بہبودی
کے لئے جو کچھ ضروری تھا۔ اس کے متعلق اغلباً دانستہ تغافل کیا یا نہیں اس امر کے
متعلق رائے قائم کرنے کے لئے ان بیرونی اثرات کو بھی ملحوظ رکھنا چاہئے۔ جو

علی الترتیب شادی شدہ اور غیر شادی شدہ عورتوں کے وضع حمل کی اثنا میں وضع حمل کے بعد انکے رویہ پر اثر انداز ہوتے ہیں۔ غیر شادی شدہ عورتوں کے متعلق تو یہ ہے کہ ان پر تولد شدہ بچہ کی موت کی خواہشمند ہونے کا شبہ کرنے کے لئے بدیہی وجوہ موجود ہیں۔ لیکن جرم ثابت کر دینے والے حالات کی عدم موجودگی میں عورت کے اس بیان پر کہ وہ بوقت وضع حمل بے ہوش ہوگئی تھی، کان نہ دھرنا بے انصافی ہوگی۔ یہ حقیقت ہے کہ شادی شدہ جو عورتیں اپنی اولاد کی زندگی کی ہمتمنی ہوتی ہیں بعض اوقات اپنے جذبات یا اپنی مصیبت کی سختی سے اس قدر مغلوب ہوجاتی ہیں کہ ان کی اولاد کی جان مخدوش ہوجاتی ہے۔ لہٰذا اس امر سے انکار نہیں ہوسکتا کہ اس حالت کا حملہ غیر شادی شدہ عورت پر بھی ہوسکتا ہے۔

تخنیق۔ انگلینڈ اور ویلز میں ۱۹۱۹ء میں ایک سال سے کم عمر کے ۲۴ بچوں کی اموات کے متعلق سرکاری بیان یہ تھا کہ یہ گلا گھونٹکر قتل کرنے کا نتیجہ ہیں۔ اس سبب سے واقع شدہ اموات کی تعداد گذشتہ دس سال میں معتد بہ طور پر کم ہوگئی ہے۔ یعنی ۱۹۰۵ء سے لیکر ۱۹۱۱ء تک ان کی سالانہ اوسط صرف ۸۶ تھی۔

تخنیق یا تو خالی ہاتھوں ذریعہ بچہ کا گلا گھونٹ کر انجام دی جاتی ہے اور یا ڈوری فیتہ یا ایسے ہی کسی دیگر واسطہ کے ذریعہ۔ جب تخنیق خالی ہاتھ کے ذریعہ انجام دی جائے تو بالعموم انگلیوں کے دباؤ سے پیدا شدہ نشانات دیکھے جاتے ہیں۔ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ بچہ کی گردن کے بائیں جانب پر انگلیوں کے ناخنوں سے پیدا شدہ دو یا زیادہ ارتسامات اور دائیں جانب پر ایک ہی ارتسام ملتا ہے۔ جس کی وجہ گلے کا دائیں ہاتھ کی انگلیوں اور انگوٹھے کے درمیان گرفت کیا جانا ہے۔ صرف ہوائی گذرگاہوں کے گرفت کئے جانے کی بجائے ممکن ہے کہ تمام کی تمام گردن پکڑی جائے اور اس صورت میں ناخنوں کے نشانات اس مقام سے جہاں ان کے ہونے کی توقع ہے، اور بھی پیچھے ہوتے ہیں۔ ناخنوں کے نشانات کے علاوہ شاید اوپری کدمات بھی پائے جائیں تم پر انگلیوں سے پیدا شدہ دباؤ کے خطوط سے متناظر ہوتے ہیں۔ یہ کدمات اکثر اوقات

کانوں تک اور چہرے کی جانبوں کے ساتھ ساتھ پھیلے ہوتے ہیں یا بالکل (custicle) کی تسلخات (excoriation) بھی موجود ہوسکتی ہیں، یہ انگلی کے ناخن کے ذریعہ کھرچنے سے پیدا ہوتی ہیں۔ بعض مثالوں میں اگرچہ موت گلا گھونٹ کر ہی واقع کی گئی ہوتی ہے لیکن کوئی خارجی امارات دکھائی نہیں دیتیں۔ ان واقعات میں گمان غالب یہ ہے کہ انگوٹھے اور انگلی کے درمیان کا وترہ گلے کے سامنے رکھا گیا ہو اور دوسرے ہاتھ کی ہتھیلی سے گردن کی پشت کو سہارا دیا گیا ہو۔ ہاتھ اور گلے کے درمیان کسی نرم کپڑے کا حائل ہونا بیرونی نشان زدگی کو معتد بہ طور پر کم کرتا ہے۔ خواہ اوپری کدمات نہ بھی دکھائی دیتے ہوں یہ ممکن ہے کہ عمیق ساختیں خون سے درریختہ ہوں۔ اگر زیادہ تشدد برتا گیا ہو تو عضلے کوفتہ (bruised) ہوں گے اور حنجرہ کے غضروف غالباً مکسور ہوں گے، بلکہ شاید فقرات (vertebræ) بھی تضرر رسیدہ ہوں۔

ماں اپنے وضع حمل کی اعانت میں جو مساعی کرتی ہے ان سے ایسے نشانات پیدا ہوسکتے ہیں کہ جو مجرمانہ تشدد سے پیدا شدہ نشانات سے متشابہ ہوں۔ ناک منہ اور کانوں کے قرب وجوار میں انگلی کے ناخنوں سے پیدا شدہ کھرنچیں اور شاید زیرین جبڑے (lower jaw) کے زیرین حصہ پر اور گردن کی جانب 130
پر انگلیوں کی نوکوں کے دباؤ کی علامات پائی جاتی ہیں۔ یہ امر انتہائی طور پر بعید از قیاس ہے کہ کوئی ماں محض وضع حمل میں تعجیل کی کوشش سے بچہ کی زندگی کو مخدوش کر دے۔ لہذا اگر شدید تضررات پہنچے ہوں تو گمان اس توجیہہ کے مخالف ہوتا ہے۔ بازو اور ٹانگ کی تطریق (presentation) میں ماں بچہ کو نکالنے کی کوشش کرتے ہوئے جو غیر مناسب جبر عمل میں لاتی ہے، ممکن ہے کہ اس سے کسر یا خلع (dislocation) واقع ہو جائے۔

سینہ اور شکم پر اس طرح کا طویل دباؤ ڈالنے سے کہ جس سے شہیق (inspiration) رک جائے حبس دم واقع ہو سکتا ہے۔ اور تاوقتیکہ بچہ کا جسم کسی نرم کپڑے کی وجہ سے محفوظ نہ رہا ہو غالباً انگلیوں کے اور انکے ناخنوں کے نشانات متمیز ہو سکیں گے۔ تارڈیو (Tardieu) نے ایک واقعہ کا ذکر کیا ہے، جس میں سینہ اور شکم پر ایک نشیب موجود تھا۔

لہ Bericht uber d. Sitz.d. Ges. f. Geb. n. Gyn., 1885.

اگر بچہ کا گلا گھوٹنے کے لئے ڈوری یا فیتہ یا کسی مماثل واسطہ کا ٹکڑا استعمال کیا گیا ہو تو گردن کے گرداگرد یا اس کے کچھ دور تک گرداگرد ایک واضح میزاب پایا جاتا ہے۔ اور اس میزاب کا عرض اور گہرائی بعض حدود کے اندر استعمال کردہ شئے کی نوعیت پر اور اس امر پر کہ کس درجہ کی قوت صرف کی گئی ہے، منحصر ہوتا ہے۔ ایک رومال کی بہ نسبت ایک پتلی ڈوری جو مساوی قوت سے استعمال کی جائے، زیادہ گہرا میزاب پیدا کرتی ہے۔ میزاب کی تہ بالعموم سفید یا خاکستری ہوتی ہے اور اس کے کنارے نیلے یا بنفشئی رنگ کے ہوتے ہیں۔ غالباً میزاب کے بعض حصص یا کناروں پر اوپری کدمات دکھائی دیتے ہیں۔ لیکن ہمیشہ نہیں دکھائی دیتے۔ بر جلد میں تسلخات پائے جانے کا بھی امکان ہے بجز اس صورت کے کہ حبس دم پیدا کرنے والا واسطہ نہایت ہی ہموار ہو اور نرم ساخت کا ہو۔ میزاب کے تلے اور گردوپیش خون کی عمیق وعائد ریاں تقریباً ہمیشہ پائی جاتی ہیں۔ اور اگر سخت تشدد برتا گیا ہو، تو ممکن ہے کہ عضلے بھی دریدہ ہوں اور حنجرہ اور قصبۃ الریہ اور حتیٰ کہ عنقی فقرات (vertebræ) کو بھی تضررات پہنچے ہوں۔ اندرونی امتحان کرنے پر اختناق سے واقع شدہ موت کی امارات نظر آتی ہیں۔

تخنیق کے ذریعہ بچہ کشی کے الزامات میں عام طور پر یہ صفائی پیش کیجاتی ہے۔ کہ موت دوران وضع حمل میں حبل السری کے گردن کے گرد لپٹ جانے سے واقع ہوئی۔ اتفاقی اختناق جو اس سبب سے پیدا ہو جاتا ہے اس کی علامات پیشتر بیان کی جا چکی ہیں۔ ایک دو مزید نقطوں پر بحث کرنا باقی ہے۔ اول گردن کے گرد جو نشان پایا جاتا ہے، اس کے متعلق۔ یہ غلط فرض کر لیا گیا ہے کہ جب مخنق واسطہ حبل السری ہو تو مقامی کدمات موجود نہیں ہوتے۔ حقیقت یہ ہے کہ حبل السری سے اتفاقی تخنیق کے غیر مشتبہ واقعات میں بعد الموت امتحانوں کے نتائج سے اس کے متضاد امر ثابت ہوتا ہے۔ تاہم ایک مابہ الامتیاز موجود ہے (جس کا پیشتر بھی ذکر ہو چکا ہے) اور جو ایک تشخیصی امارت کی حیثیت سے معتد بہ اہمیت

رکھتا ہے یعنی یہ کہ ہموار اور نرم حبل السری سے جلد متسلخ نہیں ہوتی۔ یہ
نشانات تعاملاتہ تخنیق میں ہمیشہ موجود نہیں ہوتے لیکن جب موجود ہوں
تو مذکورہ بالا امر کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔ جب بوقت پیدائش حبل السری بچہ کی
گردن کے گرد لپٹی ہوتی ہے تو بسا اوقات یہ ایک سے زیادہ حلقہ بناتی
ہے جنہیں گردن کے نشانات ظاہر کرتے ہیں۔ عام طور پر اتفاقیہ تخنیق کے
ان واقعات میں جو بچہ کی گردن کے گرد حبل السری کے لپٹنے سے ظہور پذیر
ہوتے ہیں، پھیپھڑے جنینی حالت میں پائے جاتے ہیں یعنی یہ پانی میں رکھنے
پر ڈوب جاتے ہیں۔ لیکن اس کلیہ کی چند مستثنیات ہیں۔ اختناق کہ جس سے
ان اصابتوں میں موت واقع ہوتی ہے، بچہ کی گردن کی تخنیق کے علاوہ
سُری عروق میں دوران خون کے منقطع ہوجانے سے بھی پیدا ہوسکتا ہے۔
جس وقت سر نکل چکتا ہے تو اس وقت ممکن ہے کہ بھنچاؤ تخنیق کے لئے
ذرا کافی نہ ہو لیکن حبل السری پر دباؤ حبل السری کے اندر اس دوران خون کو منقطع کردا دینے
کے لئے کافی ہو کہ جس سے تنفس کا آغاز ہوتا ہے لیکن ذرا سے مزید دباؤ
سے یہ تنفس بھی بند ہوجاتا ہے اور اگر ماہرانہ امداد حاصل نہ ہو تو بچہ اثناء
پیدائش ہی میں مرجاتا ہے۔ امتحان پر گردن میں، گلا گھٹنے کی امارات نظر آتی
ہیں اور پھیپھڑوں سے سانس لے چکنے کا ثبوت حاصل ہوتا ہے۔ ونٹر[ط] (Winter)
نے اس پیچیدگی کی مثال دیتے ہوئے ایک واقعہ درج کیا ہے۔ ایک ۲۱ سالہ
عورت کے وضع حمل میں کہ جس کا حوض طبعی تھا، کوئی دایہ موجود نہ تھی۔ بچہ 131
کی گردن کے گرد حبل السری اس قدر کس کر لپٹی ہوئی تھی کہ اس کو علیحدہ کرنا
مشکل تھا۔ سر تو خارج ہوگیا لیکن کاندھوں نے بچہ کو آگے بڑھنے سے
روک دیا۔ پانچ منٹ کے بعد ایک طبیب آیا جس نے حبل السری پر گرہ دیکر
اسکو کاٹ ڈالا۔ بچہ کو نہایت مشکل سے نکالا گیا۔ اس وقت وہ گہرے اختناق
کی حالت میں تھا اور صرف طویل کوششوں ہی سے اس کا احیاء کیا گیا۔ گردن
کے گرد تخنیق کا ایک متمیز نشان موجود تھا۔ آٹھ گھنٹے بعد بچہ مرگیا۔ امتحان لاش
پر ام حنونہ (piamater) کے نیچے خون کا ایک تھکا پایا گیا جو دماغی تلافیف

ط Bericht. über d. Sitz. d. Ges. f. Geb. n. Gyn., 1885.

کو چپٹا کئے ہوئے تھا۔ یہ خون جانبی بطینوں اور دماغی قاعدہ میں بھی پایا گیا۔ پلورا (pleura) اور گرد قلبیہ (pericardium) پر کدمات تھے۔ اور حنجرہ کی غشاء مخاطی کے تلے خون کی وعابد ریاں تھیں۔ پھیپھڑے ہوا سے جزئی طور پر منتفخ تھے۔ اگر کوئی سرگزشت حاصل نہ ہوتی تو غالباً یہ فرض کر لیا جاتا کہ بچہ زندہ پیدا ہوا ہے، اور اس کے بعد اس کا گلا گھونٹ دیا گیا ہے۔

حبل السری کا اوسط طول قریب ۲۰ انچ کے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ طول ۱۶ انچ سے متجاوز نہ ہو۔ اور یہ بھی ممکن ہے کہ ۷۰ یا زیادہ انچ تک پہنچ جائے۔ اگر جنینی اور مشیمی حبل کے دونوں حصے بر آمد ہوں تو ان کو ناپنا چاہیئے۔ ممکن ہے کہ ان کا مجموعی طول اتنا نہ ہو کہ بچہ کی گردن کے گرد لپیٹا جا سکے۔ مزید براں حبل السری کی حد تنبید گی (tension limit) کی آزمائش کرنی چاہیئے۔ ممکن ہے کہ بچہ کا گلا گھونٹنے کے لئے جس قدر تناؤ ضروری ہے، یہ اتنا تناؤ نہ برداشت کر سکے۔ حبل السری کو مجرمانہ تخنیق کے واسطہ کی حیثیت سے بھی استعمال کیا گیا ہے۔ اور یہ بطور حجت بیان کیا جاتا ہے کہ حبل السری تو پیدائش پر بچہ کی گردن کے گرد لپٹی ہوئی تھی، ایسے واقعات میں حبل تنی ہوئی ہوگی اور غالباً وارٹن کے فالودے کے مقامی طور پر بھر کنے کے آثار ظاہر کرے گی۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ گلا گھونٹنے کے فعل میں اسے انگلیوں پر مروڑا جاتا ہے کیوں کہ یہ حبل اس قدر ہموار اور چکنی ہوتی ہے کہ صرف ہاتھ میں پکڑنے سے ضروری گرفت حاصل نہیں ہوتی۔ غالباً پھیپھڑوں میں جزئی طور پر سانس لے چکنے کی امارات نظر آتی ہیں، اگرچہ حبل السری سے مجرمانہ تخنیق کے ایک واقعہ میں پھیپھڑے جنینی حالت میں پائے گئے تھے۔

بعض اوقات بیان کیا جاتا ہے کہ بچہ کی گردن کے گرد جو تخنیقی نشانات ہیں وہ اس رومال یا فیتہ سے پیدا ہوئے ہیں جس کے ذریعہ ماں نے وضع حمل کی امداد کی کوشش کی تھی۔ یہ ایک خلاف قیاس مفروضہ ہے۔ کم از کم اس طرح پر جو قوت استعمال کی جا سکتی ہے، وہ بہت ہی کم

ہوتی ہے۔ لہذا بیرونی نشانات کے محتاط معائنہ سے اور ان عمیق تر ساختوں کی تقطیع سے جو ان کے تلے واقع ہوتی ہیں۔ گمان غالب ہے کہ کسی نتیجہ پر پہنچ جائیں۔

حبل السّری کو باندھنے میں دانستہ تغافل برتنا نزف سے موت واقعہ کر دیتا ہے۔ بندش (ligature) کی عدم موجودگی سے یہ ثابت نہیں ہوتا کہ حبل السری بندھی ہوئی نہ تھی۔ ہو سکتا ہے کہ بندش علیحدہ کر دی گئی ہو یا حبل بندش کے مقام پر ہی الگ ہو گئی ہو۔ ان شیر خوار بچوں کی صورت میں کہ جن کی لاشوں کا معائنہ موت سے ایک یا دو ہفتہ تک نہیں کیا جاتا اس تنبیہ کی خاص طور پر ضرورت ہے کیونکہ بعد الموت لینت (softening) سے حبل کا بعدی سرا معہ بندش کے آسانی سے جدا ہو جاتا ہے۔ ڈیورجی[1] (Devergie) نے ایک واقعہ درج کیا ہے، جس میں ایک بچہ حبل اور مشیمہ سمیت کسی دریا سے جس میں وہ دو ہفتہ سے پڑا ہوا تھا، نکالا جا رہا تھا۔ حبل اس قدر نرم تھی کہ وہیں ٹوٹ گئی اور مشیمہ دریا میں بہ گیا۔ ایک طبیب نے جو ان امور سے بے خبر تھا لاش کا امتحان کیا، اور یہ نتیجہ نکالا کہ حبل بوقت پیدائش ٹوٹی ہو گی، اور یہ کہ موت کا سبب نزف ہے۔ حبل کے آزاد سرے کا امتحان کرنا چاہئے کہ ان ساختوں کی جو اس کی ترکیب میں شامل ہوتی ہیں کیا حالت ہے۔ اگر حبل کسی تیز کاٹنے والے اوزار سے کاٹی گئی ہو تو اس کی عرضی تراش صاف اور ہموار ہو گی۔ اور اگر یہ توڑی گئی ہو تو تراشس دندانے دار اور بے قاعدہ ہو گی، کیوں کہ بعض ساختیں دوسری ساختوں کی بہ نسبت زیادہ لچکدار اور کم ملایم ہوتی ہیں۔ اگر یہ کٹاؤ کسی کند چاقو کے ذریعہ انجام دیا گیا ہو تو علیحدگی کا اسلوب دریافت کرنا غالباً دشوار ہو گا۔ اس صورت میں بہتر ہو گا کہ قطعی رائے دینے سے پرہیز کیا جائے۔

حبل کس طرح کاٹی گئی۔ ذیل کا قصہ جس کو کاچ[2] (Koch) نے بیان

[1] Annales d'Hygiene, 1878.

[2] Arch. f. Gynacologie, 1886.

کیا ہے اس سوال کی اہمیت کو بخوبی واضح کرتا ہے۔ ایک خادمہ لڑکی کو جو ترقی یافتہ حمل کی حالت میں تھی، رفع حاجت کی خواہش ہوئی۔ وہ بیت الخلاء میں گئی اور دفعتہً اس کو وضع حمل ہو گیا۔ بچہ (کموڈ کے) سوراخ میں گر پڑا۔ اور لڑکی نے اس واقعہ کی یہ توجیہہ کی کہ اتفاقاً ایسا ہو گیا ہے۔ بعدہٗ مشیمہ بھی نکل آیا اور بچہ کو بیت الخلاء سے مخنوق حالت میں نکالا گیا۔ اس کی حبل تقریباً ۲۰ انچ طویل تھی اور متوسط موٹائی کی تھی اور لمبائی کے تقریباً وسطی حصہ سے جدا ہوئی تھی یعنی ناف سے ۱۰ انچ دور۔ حبل کے جنینی حصہ پر تین تضررات موجود تھے جن میں سے دو تو صرف النفسی غلاف میں تھے۔ شریانیں غیر متضرر تھیں لیکن تیسرا تضرر حبل کے نصف وارپار جاتا تھا۔ اور اس میں ایک شریان اور ایک ورید کٹی ہوئی تھی۔ یہ تضررات نسبتاً ہموار تھے بجز اس تضرر کے جو کہ النفسی غلاف کے وارپار تھا کیونکہ یہ کھردرا سا تھا اور اس کے عروق بے قاعدگی سے کٹے ہوئے تھے اور باقی ساختوں سے جزئی طور پر آگے نکلے ہوئے تھے۔ دو ماہروں نے یہ فیصلہ دیا کہ حبل کسی تیز کاٹنے والے اوزار سے کاٹی گئی ہے۔ انھوں نے اپنی رائے کو متذکرہ صدر تضررات کی موجودگی پر اور نقطۂ علیحدگی کی خلاف معمول مقامیت پر مبنی کیا۔ کیونکہ اتفاقی انشقاق ناف کے قریب واقع ہوتا ہے یا مشیمہ کے قریب۔ مکرر معائنہ سے یہ رائے بدل گئی۔ یعنی یہ کہ تضررات کاٹنے والے اوزار سے نہیں بلکہ گرتے ہوئے بچے کی ناگہانی کھینچ سے پیدا ہوئے تھے۔ ونکل (Winkle) نے بیان کیا ہے۔ کہ اس نے حبل کے ناگہانی تناؤ سے اس قسم کے تضررات کا پیدا ہونا دیکھا ہے۔ ماہر (expert) طبی گواہ کو ہر وقت اس امر کی اہمیت مدنظر رکھنا چاہئے کہ وہ کسی ایسی چیز کو جو بادی النظر میں تضرر کی بدیہی وجہ نظر آتی ہو۔ تسلیم کرنے سے قبل یہ غور کرلے کہ کہیں اس کے علاوہ کوئی اور وجہ تو نہیں جو اس سے کم بدیہی ہو لیکن صحیح ہو۔ متذکرہ صدر واقعہ میں اگر پہلی رائے تسلیم کرلی جاتی تو لڑکی کو قتل کی مجرم قرار دیا جاتا اور دوسری رائے سے لڑکی کے بیان کی کسی حد تک توثیق ہو گئی اور معاملہ کے داخل

اتفاقی ہونے کا امکان ثابت ہو گیا۔ ونکل (Winkle) کے قول کے مطابق، ناگہانی وضع حمل سے حبل کا انشقاق، تین چوتھائی واقعات میں ناف سے ۶ انچ فاصلہ کے اندر اندر واقع ہوتا ہے اور ۱۲ فیصدی میں ناف کے قریب یا اس کے اندر واقع ہوتا ہے۔ اس سے بھی کمتر اوقات حبل کے وسط میں یا مشیمہ کے نزدیک واقع ہوتا ہے۔

جمجمہ کے کسر (fractures) بسا اوقات ان نوزائیدہ بچوں میں جن کے متعلق یہ شبہ ہوتا ہے کہ ان کی موت بچہ کشی کا نتیجہ ہے جمجمہ کے کسر لگے ہوئے پائے گئے ہیں۔ جب بچہ کو سر پر چوٹ لگا کر یا دیوار سے پٹک کر ہلاک کیا جاتا ہے تو تضررات جو لگتے ہیں بالعموم بہت شدید ہوتے ہیں۔ یہ طریقۂ ہلاکت ایسا ہے کہ موت کو قدرتی اسباب پر محمول کرنے کی سعی کی اجازت نہیں دیتا اور اتفاقی اسباب پر محمول کرنے کی بمشکل اجازت دیتا ہے۔ اس کا واحد مقصد یہ ہوتا ہے کہ بچہ کی زندگی جس قدر جلد ممکن ہو سلب کر لی جائے اور عواقب سے بچنے کے لئے اخفاء لاش پر بھروسہ کیا جائے۔ اس کا نتیجہ ہمیشہ یہ ہوتا ہے کہ جمجمہ کی ہڈیاں لفظی معنوں میں چور چور کر دیجاتی ہیں۔ جب اس فعل کا ارتکاب ماں کرتی ہے تو اس وقت وہ بالعموم ماننیائی جوش کی حالت میں ہوتی ہے۔ اور اس امر کی جانب توجہ کرنے کے ناقابل ہوتی ہے کہ وہ کس قدر نقصان پہنچاتی ہے۔ جب بچہ مر جاتا ہے تو اس کو کسی تالاب یا موری میں پھینک دیا جاتا ہے، یا زمین میں دبا دیا جاتا ہے۔

بالعموم یہ صفائی پیش کی جاتی ہے کہ تضررات پیدائش پر عسیر یا ناگہانی وضع حمل سے پیدا ہو گئے تھے جیسا کہ پیشتر بھی بتایا جا چکا ہے، جمجمہ کی ہڈیوں کے کسر معمولی عسیر وضعِ حمل میں بھی پیدا ہو سکتے ہیں یعنی جب اوزار یا دستی مداخلت عمل میں نہ لائی جائے۔ مزید براں یہ بھی ممکن ہے کہ وہ ایسا منظر پیش کریں جو معتدل مجرمانہ تشدد سے پیدا شدہ منظر سے مشابہ ہو۔ اگر یہ تضررات دانستہ

لہ Lehrbuch d. Geburtshülfe, 1889.

پہنچائے گئے ہوں تو ضرور ہے کہ بیرونی نرم حصص کو کم وبیش نقصان پہنچا ہو۔ چاندی پر تسلخات، چاکوں اور مکمل ساختی انہدام، استعمال کردہ قوت کی امارات ظاہر کرتا ہے۔ اگر جمجمہ کا تضرر معمولی غیر آلتی (noninstrumental) وضع حمل کے دوران میں پیدا ہوا ہو تو یہ چیزیں دکھائی نہیں دیتیں۔ اگر یہ تضرر سر کے کسی منقبض حوض میں سے بزور گذرنے کا نتیجہ ہو تو سر کی شکل سے اور ایک خوب نمو یافتہ راسی سلعہ دمویہ (cephalhæmatoma) کے وجود سے اس امر کا ثبوت حاصل ہو گا۔ چاندی یا گرد جمجمہ کے نیچے یا جمجمہ کے اندر خون کی موجودگی قدرتی تسبیب کے بالکل ہم آہنگ ہے۔ اگر مجرمانہ تشدد کام میں لایا گیا ہو تو غالباً اثنائے ارتکاب میں درشت دستی کی وجہ سے سر کے علاوہ جسم کے دوسرے حصص پر بھی خفیف تضررات دکھائی دیں گے مثلاً انگلیوں کے نشانات، کوفتگیاں، کھرنچیں۔ برخلاف اس کے اگر عذر یہ ہو کہ عورت کو ناگہانی وضع حمل استادہ حالت میں ہوا تھا تو حبل کے نقطہ علیحدگی کی جانب توجہ مبذول کرنا چاہیئے۔ یہ علیحدگی بالعموم ناف کے قریب ہوتی ہے لیکن ہمیشہ ایسا نہیں ہوتا۔ آیا حبل کاٹی ہوئی ہے یا ٹوٹ کر جدا ہوئی ہے اس امر کی دریافت کے لئے حبل کے آزاد سرے کا عدسہ سے بغور معائنہ کرنا چاہیئے۔ جمجمہ کو جو تضررات لگتے ہیں وہ مجرمانہ طور پر پیدا کئے ہوئے تضررات کی بہ نسبت بہت ہی خفیف ہوتے ہیں۔ بلاشک یہ صحیح ہے کہ ماں کو استادہ حالت میں وضع حمل ہونے سے اور بچہ کے کسی سخت سطح پر گر پڑنے سے بچہ کا جمجمہ مکسور ہو سکتا ہے۔ لیکن بسا اوقات ان حالات کے ماتحت عجلت آمیز وضع حمل بچہ کو معتدبہ تضرر پہنچے بغیر بھی وقوع پذیر ہو چکا ہے۔ سیل[1] (Seil) نے ایک عورت کا واقعہ درج کیا ہے جس کو استادہ حالت ہی میں ایک بچہ غیر متوقع طور پر تولد ہوا۔ یہ بچہ سر کے بل ایک پتھریلے فرش پر گرا اور گرنے کے ساتھ ہی اس کی حبل ٹوٹ گئی لیکن اس کو کوئی تضرر نہیں لگا۔ حتیٰ کہ ایک کوفتگی تک

Brit. Med. Journ. 1891.

نہیں نظر آتی تھی۔ اگر جمجمہ پر وسیع تضررات ہوں تو یہ قتل کی علامت ہے۔ لیکن اس سے کم درجہ کا تشدد مجرمانہ اور اتفاقیہ، دونوں سببوں کے ساتھ ہم آہنگ ہے۔ لہٰذا تمام قابل دریافت علامات پر احتیاط سے غور کرنے کی ضرورت ہے۔ بسا اوقات ان کی صحیح تاویل کے لئے بڑی قوت ممیزہ کی ضرورت ہوتی ہے۔

ایک دیگر عذر یہ پیش کیا جاتا ہے کہ جمجمہ کے تضررات ماں نے وضع حمل کی تعجیل کی کوشش کرتے ہوئے اتفاقی طور پر لگا دئے تھے۔ جمجمہ کو اس طرح سے مکسور کرنا مشکل ہے، تاہم ناممکن نہیں۔ جمجمہ پر جو تضرر لگا ہے وہ کس درجہ کا ہے، اور باقی جسم پر تشدد کے نشانات کی عدم موجودگی وہ امور ہیں جن کی بنا پر رائے قائم کی جاتی ہے۔

بعض اوقات بچہ کی لاش کسی اجاڑ قطعہ زمین پر جس کے گرد دیوار ہو، پڑی ہوئی ملتی ہے۔ اس وقت سوال پیدا ہوتا ہے کہ آیا یہ ممکن نہیں ہے کہ سر میں جو تضررات لگے ہیں وہ موت کے بعد لاش کو دیوار پر سے پھینکنے سے پیدا ہو گئے ہوں۔ اور یہی سوال اس وقت بھی پیدا ہوتا ہے جب لاش پتھروں یا کوئلوں کے انبار کے نیچے پڑی ہوئی یا کسی گند پائپ (soilpipe) یا مسیل (drain) میں پھنسی ہوئی ملے۔ اس سوال کا جواب دینے میں دقت یہ ہوتی ہے کہ موت کے بعد فوراً لگا ہوا تضرر اس تضرر سے جو دوران زندگی میں لگا ہو، ممیز طور پر مختلف نہیں ہوتا۔ زمانہ سابق میں یہ فرض کیا جاتا تھا کہ مکسور ہڈیوں کے کناروں کا خون آلود منظر اس امر کی دلیل ہے کہ تضررات دورانِ حیات میں لگے ہیں، درانحالیکہ اگر یہ تضررات موت سے فوراً بعد پیدا کئے گئے ہوں پھر بھی یہی منظر پایا جاتا ہے۔ البتہ اگر موت اور وقوع کسور کے درمیان کچھ ساعتیں گزر چکی ہوں تو یہ توقع رکھنی چاہیئے کہ یہ امارات موجود نہیں ہوں گی۔ لہٰذا اگر ہڈیوں کے کنارے خون آلود ہوں تو اس امر کے متعلق کوئی قطعی رائے قائم نہیں کی جا سکتی کہ کسور موت سے قبل پیدا کئے گئے ہیں یا اس کے فوراً بعد پیدا کئے گئے ہیں۔ اگر کناروں پر بالکل داغ نہ ہوں اور جمجمہ کے اندر یا باہر کچھ انصباب خون نہ ہو تو اس سے یہ نتیجہ نکالنا چاہیئے کہ تضررات موت کے بعد پیدا

کئے گئے ہیں۔

یہ بھی ہو سکتا ہے کہ بچہ کی گردن پر تشدد کرنے سے عنقی فقرات کا خلع جزوی (subluxation) یا کسر پیدا ہو گیا ہو۔ اور وہ موت کا موجب ہوا ہو۔

ایسے بچوں کی لاشوں پر جو مردہ پائے جاتے ہیں بسا اوقات کاٹنے والے یا نوکدار اوزاروں سے پیدا شدہ زخم ملتے ہیں جو وسعت میں باریک کوچوں (punctures) سے لیکر ایسے وسیع زخموں تک اختلاف پذیر ہوتے ہیں جو سر بریدگی یا مکمل اعضا بریدگی کا نتیجہ ہوں۔ موت کے بعد 34
یا فوخوں (fontanelles) اور مجری صحفہ کے وارپار یا فقرات کے درمیان جانے والے اور پسلیوں کے درمیان سے قلب میں جانے والے کوچے دریافت ہوئے ہیں۔ جب کوئی ظاہری تضرر دریافت نہ ہو سکے تو موت واقع ہونے کے مذکورہ بالا بدیہی طریقوں کو ذہن نشین رکھنا چاہیئے۔ جو زیادہ مہیب تضررات ہوتے ہیں وہ تو پہلی ہی نگاہ میں دریافت ہو جاتے ہیں اور ان سے بحث کرتے وقت یہ دقت پیش آتی ہے کہ یہ عام عذر پیش کیا جاتا ہے کہ تضررات لاش کو باسانی ٹھکانے لگانے کے مقصد سے موت کے بعد لگائے گئے ہیں۔

ان امارات کا ذکر کہ جن سے اس امر کی تشخیص کی جاتی ہے کہ زخم موت سے قبل لگائے گئے ہیں یا بعد، کسی اور مقام پر کیا گیا ہے۔ زیادہ چھوٹے زخموں کے بارے میں یہ سوال پیدا ہو سکتا ہے کہ آیا یہ موت واقع کرنے کیلئے کافی تھے۔ حیوی عضو کے تضرر کے بعد دوسرے درجہ پر اگر موت کے کسی سبب کا خیال رکھنا چاہیئے تو وہ نزف ہے۔ لاش اور اندرونی اعضا کی عموماً طور پر عدیم الدم حالت نزف کی طرف اشارہ کرتی ہے۔ زخموں سے خون ضائع ہو جانے کی وجہ سے موت واقع ہو جانے کا گمان ہے یا نہیں اس امر کے متعلق رائے قائم کرنے سے پیشتر حبل السری کی حالت کا معائنہ کرنا چاہیئے کہ آیا اس کو باندھا گیا ہے یا نہیں۔ اگر یہ کہا جائے کہ بچہ مردہ مولود تھا اور اس کی لاش کو زیادہ آسانی سے چھپانے کی

خاطر اس کے اعضا کاٹ دیئے گئے تھے تو پھر تنفس کی امارات کی جہاں تک کہ وہ دستیاب ہو سکیں موجودگی یا عدم موجودگی تحقیق کرنا چاہیئے۔

باربر[1] (Barbour) نے ولادت کے دوران میں تجدیع کی ایک مثال دی ہے۔ ایک غیر شادی شدہ عورت کو جب کہ وہ ریل کی گاڑی میں اکیلے سفر کر رہی تھی دفعتہً درد زہ ہوا اور اس کو مہبل سے کوئی چیز ابھری ہوئی محسوس ہوئی۔ اس نے کچھ زور کے ساتھ اپنا وضع حمل کرنے کی کوشش کی اور ایسا کرتے ہیں اس نے قطر یلقی (pressenting) جارحہ یعنی بازو کو توڑ ڈالا۔ اور پھر ایک تکلیف اور جنون کے لمحہ میں اس نے ایک کمبل چاقو کے ذریعہ بازو کو جدا کر کے دریچہ سے باہر پھینک دیا۔ گھر پہنچنے پر اس کو بذریعہ گردش (version) ایک خوب تغذیہ یافتہ مولود سالت مرد بچہ جنوایا گیا۔ جس کا دایاں بازو کہنی کے دو انچ اوپر سے غائب تھا۔ بازو کے بتر کے بعد مہبل سے خون کی ایک معتد بہ مقدار خارج ہوئی تھی۔ اور بچہ کی لاش بھی پھیلی تھی۔ لہذا بلاشبہ موت کا سبب نزف تھا۔

اغراق (drowning) ۱۹۱۹ء میں انگلینڈ اور ویلز میں ایک سال سے کم عمر کے ۱۷ بچوں کی ہلاکت کا سبب اغراق تھا۔ جب لاش پانی میں پڑی ہوئی ملے تو یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ اکثر اوقات مردہ بچوں کی لاشوں سے چھٹکارا حاصل کرنے کی خاطر ان کو تالابوں اور نہروں اور دریاؤں میں پھینک دیا جاتا ہے۔ اگر بچہ کی لاش خوب تغذیہ یافتہ ہو تو اس میں چونکہ چربی کی ایک بہت بڑی مقدار ہوتی ہے۔ لہذا وہ آسانی سے نہیں ڈوبتی۔ اگر پانی میں ایسا بچہ پایا جائے جس کی جبل محنط شدہ (mummified) ہو تو یہ یقینی امر ہے کہ بچہ مردہ یا زندہ کسی حالت میں ہوا میں اتنی مدت رہ چکا ہے کہ اس میں تحنیط (mummification) واقع ہو سکتی تھی۔ اگر جبل ایک مرتبہ محنط ہو جائے پھر وہ پانی میں رکھنے سے واپس اپنی اصلی حالت پر نہیں آتی۔ برخلاف اس کے اگر بچہ کو زندہ یا مردہ کسی حالت میں اس وقت غرق کیا جائے جب کہ اس کی جبل ابھی تازہ

---

[1] Lancet, 1892.

اور فربہ ہی ہو تو تحنیط نہ ہوگی ۔ بچہ میں اغراق سے واقع شدہ موت کی امارات
ان امارات سے مختلف نہیں ہوتیں جو کہ بالغ میں پائی جاتی ہیں اور ان کو کسی دیگر
مقام پر بیان کیا گیا ہے ۔ اگر جرم میں تخفیف کرنے اور اسکو اخفائے ولادت بنانے
کے مقصد سے مردہ ولادت کی حجت پیش کی جائے ۔ تو پھیپھڑوں کے امتحان
سے اس سوال کا تصفیہ ہو جاتا ہے، بشرطیکہ گندیدگی کا وجود حارج
نہ ہو ۔ اگر لاش کسی نائٹ کموڈ (night commode) یا بیت الخلا میں پائی جائے
اور معجّل وضع حمل کو بطور ایک توجیہہ کے پیش کیا جائے، تو یہ دریافت
کرنے کے مقصد سے لاش کا باحتیاط معائنہ کرنا چاہیئے کہ آیا حبل توڑ کر جدا کی گئی
ہے یا کسی کاٹنے والے آوزار سے کاٹی گئی ہے ۔ کہا جاتا ہے کہ ممکن ہے
کہ بچہ گرنے کے فعل کے دوران میں اس قدر قوی شہیق (inspiration) کرے
کہ جو پھیپھڑوں کو منتفخ کرنے کے لئے کافی ہو ۔ لیکن اس موضوع پر پیشتر جو کچھ
بیان کیا گیا ہے، اس سے استنباط کیا جا سکتا ہے کہ ان حالات کے ماتحت
تکمل تنفس کا وقوع ناممکن ہے ۔ البتہ اس سے انکار نہیں ہو سکتا کہ جزئی انتفاخ 135
ضرور وقوع پذیر ہو سکتا ہے ۔ اگر ہوائی گزرگاہوں یا معدے میں کوئی سیال یا
دیگر مادہ پایا جائے تو اس کا اس واسطہ سے جس میں بچے کا پایا جانا بیان کیا گیا ہو مقابلہ کرنا چاہیئے ۔

شاید پھیپھڑے کی تراش پر ایک سطحی نگاہ ڈالنے سے یہ گمان پیدا ہو کہ سیال
موجود نہیں ہے ۔ کیونکہ زیادہ بڑی شعبتوں میں سیال ہمیشہ نہیں پایا جاتا، نیز ان نوزائیدہ
بچوں کے پھیپھڑوں میں جن کو سانس لینے سے قبل ہی کسی سیال میں ڈبو دیا جاتا
ہے، کفدار مخاط موجود نہیں ہوتا ۔ ان حالات کے تحت بچہ تنفس کی کوشش کرتا ہے
اور کچھ سیال بذریعہ شہیق کھینچ لیتا ہے ۔ لیکن چونکہ پھیپھڑوں میں پہلے سے ہوا
موجود نہیں ہوتی اور نہ یہ سیال ہی کے ساتھ داخل ہوتی ہے لہذا شعبتوں میں
وہ کف نہیں پایا جاتا جو سانس لئے ہوئے پھیپھڑوں میں اغراق کے بعد پایا جاتا
ہے ۔ ڈیٹرچ[۱] (Dittrich) ایک حاملہ عورت کا واقعہ درج کرتا ہے جسے دفعۃً

---

[۱] Prager Med. Wochenschr., 1890.

رفع حاجت کی ضرورت ہوئی اور وہ ایک ایسی بالٹی (tub) کے اوپر بیٹھ گئی جس میں خراب پانی۔ دُرد قہوہ اور مٹی وغیرہ تھی۔ اس کو فوراً ایک کامل المیعاد یا قریب المیعاد بچہ تولد ہوا اور اس نے حبل کو باندھے بغیر اسے توڑ ڈالا۔ بچہ کی لاش کو چیرنے پر اس کے پھیپھڑے جنینی حالت میں پائے گئے۔ البتہ ان میں خون بہت تھا اور وہ سالم اور تقسیم شدہ دونوں حالتوں میں ڈوب جاتے تھے۔ قصبۃ الریہ اور زیادہ بڑی شعبتوں میں کوئی جسم غریب دکھائی نہیں دیتا تھا لیکن بغور امتحان کرنے پر چھوٹی شعبتوں کے درونہ میں ایک آمیزہ بھرا ہوا پایا گیا جو کہ اس واسطہ سے متناظر تھا، جس میں بچہ پایا گیا تھا۔ خردبینی امتحان پر دقیق ترین شعبتیں بھی اس سے مسدود پائی گئیں اور معدہ اور امعا پانی میں رکھنے پر ڈوب جاتے تھے۔

اس امر کو نظر انداز نہیں کرنا چاہیئے کہ غرقابی سے جو تغیرات پیدا ہوتے ہیں، ان سے مشابہ تغیرات کا ایک امکانی سبب درون رحمی تعطین بھی ہے۔

بعض اوقات احراق کے ذریعہ نوزائیدہ بچہ کے اتلاف کی کوشش کی جاتی ہے۔ ان مثالوں میں یہ سوال پیدا ہوتا ہے کہ کیا بچہ مولود مردہ تھا۔ اگر نہیں تھا تو کیا یہ آگ کا عمل ہوتے وقت زندہ تھا، یا مردہ۔ پہلے سوال کا جواب تو ان امارات کے مطابق دیا جانا چاہیئے جو پہلے مذکور ہو چکی ہیں۔ اور دوسرے سوال کا جواب ان امارات کے مطابق دینا چاہیئے جو احراق سے واقع شدہ موت کے باب میں بیان کی گئی ہیں۔

ترقی یافتہ درجہ کا احراق دونوں سوالات کا جواب ناممکن بنا دے سکتا ہے۔ اس وقت یہ سوال اٹھتا ہے کہ کیا یہ باقیات انسانی جنین کی باقیات ہیں یا نہیں۔ ممکن ہے کسی ہڈی سے مطلوبہ شہادت حاصل ہو جیسا کہ ذیل کے واقعہ میں ہوئی تھی۔ ایک مطبخ کی آگ پر ایک بے ڈول اور جھلسی ہوئی پوٹ پائی گئی جب اس کو نکالا گیا تو اس کا طول ½ ۹ انچ اور سب سے بڑا قطر ۶ انچ اور وزن ۴ اونس تھا۔ امتحان پر پسلیوں کے، شوکی ستون کے (جو کہ بہت ہی مڑے تڑے ہوئے تھا) اور جمجمہ کے قاعدہ کے آثار پائے گئے۔ لیکن ادنیٰ حیوان کے باقیات سے تمیز

کرنے کے لئے کوئی چیز نہ تھی، تاآنکہ کاربن کا ایک اُبھرا ہوا ٹکڑا اٹھانے پر ایک سالم کتف (scapula) دریافت ہوا جس سے ثابت ہو گیا کہ باقیات انسانی تھے کیوں کہ اس ہڈی کا متاخر شو کی قطعۂ مقدمی قطعے سے بہت طویل تر تھا حالانکہ ادنیٰ حیوانات میں بہت ہی خفیف فرق ہوتا ہے یا بالکل ہی معدوم ہوتا ہے۔ جس خادمہ لڑکی پر شبہ ہوا تھا کہ اس نے حال میں بچہ جنا ہے اس نے اقرار کر لیا کہ یہ باقیات ایک قریب چھ ماہ کے جنین کے ہیں۔

سردی میں کھلا پڑا رہنا اور غذا سے محرومیت اگر کافی اطالت پذیر ہو جائے تو یقیناً موت کا موجب ہو گی۔ بچہ کشی کا دانستہ اقدام اس انداز پر شاذ و نادر ہی کیا جاتا ہے۔ بچہ کو ہوا میں اس طرح کھلا رکھنے سے کہ جس سے اس کی زندگی مخدوش ہو جاتی ہے، یہ مقصد ہوتا ہے کہ قتل کا فاعلانہ ارتکاب کئے بغیر بچہ سے چھٹکارا حاصل کیا جائے۔ بالعموم یہ صفائی پیش کی جاتی ہے کہ بچہ غیر متوقع طور پر پیدا ہوا تھا (ولادت معجلہ)۔ اور نیز یہ کہ وہ مولود مردہ تھا۔ اور اگر بچہ زندہ ہو تو یہ صفائی پیش کی جاتی ہے کہ اس کو (مثلاً مکان کے اندر دروازے کے سامنے) اس طریق سے رکھا گیا تھا کہ اس کی طرف توجہ کھنچے اور کوئی اس کو حفاظت میں لے لے۔ چنانچہ ایک نوزائیدہ بچہ کو دودھ پلانے کی بوتل (feeding-bottle) سمیت ایک ٹوکرے میں رکھ کر ریل گاڑی (train) میں مفروضہ باپ کے پاس ارسال کر دیا گیا۔

زہر خورانی (poisoning)۔ نوزائیدہ بچہ میں بچہ کشی کے لئے زہر خورانی کو بہت شاذ و نادر عمل میں لایا جاتا ہے۔ اگر اس کا شک ہو تو ہضمی اعضاء اور ان کے مشمولات کا تجزیہ کرنا ضروری ہے۔

136 ۵۔ بچہ کو مرے ہوئے کتنا عرصہ ہوا ہے

اس کا اندازہ اس امر سے لگانا چاہئے کہ بعد الموت مظاہر کس درجہ تک

پہنچ چکے ہیں بہ نسبت ایک بالغ کی لاش کے بچہ کی لاش میں حرارت حیوانی اور جیفی کرختگی جلد تر زائل ہو جانے اور گندیدگی جلد تر نمودار ہونے کے جانب میلان پایا جاتا ہے۔ اور اگر مظاہر گندیدگی کے درجہ تک پہنچ جائیں تو اس امر کے متعلق کہ بچہ کب کام آیا ہے کوئی قطعی رائے جائز نہیں ہو سکتی۔

مشتبہ واقعاتِ بچہ کُشی میں

بعد الموت امتحانات

ایسے بچہ کی لاش کا امتحان بعد الموت کرنے میں جس کے قتل کئے جانے کا اشتباہ ہو، نہایت غور سے بیرونی مناظر کی تفتیش کرنا چاہیئے۔ سب سے پہلے حرارت جسمانی، جیفی کرختگی اور اماراتِ گندیدگی کا وجود ملاحظہ کرنا چاہیئے۔ اگر لاش بغیر کسی سرگذشت (history) کے دستیاب ہوئی ہو، تو ایسے نشانات یا علامات کی ایک ابتدائی تفتیش کرنا چاہیئے، جو شناخت میں ممد ہوں۔ اور پارچات، بکسس یا کاغذ یا دیگر پوشش، جس کے اندر جسم لپٹا ہوا ملے ان کی ایک یادداشت تیار کرنی چاہیئے۔ دسم جلدی (vernix caseosa) کی تلاش کرنی چاہیئے۔ اس کی موجودگی اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ ولادت کے وقت معمولی توجہ صرف نہیں کی گئی۔ حبل کا احتیاط سے معائنہ کرنا چاہیئے کہ یہ کس اسلوب سے جدا ہوئی ہے اور اس حصہ کو جو شکم بچہ سے چسپاں ہے ناپنا چاہیئے۔ بدن کی ساری سطح کا کھرنچوں، کوفتگیوں (bruises) اور دیگر ادنی تصرفات کے لئے معائنہ کرنا چاہیئے۔ اگر یہ پائے جائیں تو ان کی اغلب تسبیب کی جانب توجہ مبذول کرنا چاہیئے یعنی یہ موت سے قبل یا بعد اتفاقی اسباب کا نتیجہ ہیں یا مجرمانہ تشدد کا۔ منہ کو ہاتھ لگانے سے پیشتر زبان اور ہونٹوں کی وضع ملاحظہ کرتا

چاہیئے ۔ کہ آیا زبان باہر نکلی ہوئی یا ہونٹ دبے ہوئے یا بیرون گردیدہ تو نہیں ہیں ۔ منہ اور نتھنوں پر کسی دیگر دباؤ کی علامات مثلاً جو خالی ہاتھ یا کوئی کپڑا لگانے سے پیدا ہو جاتی ہیں اور چہرے پر نقطہ نما کدماست (ecchymoses) اور چہرہ کا عمومی رنگ کہ آیا یہ پیلا ہے یا کبود ملاحظہ کرنا چاہیئے ۔ اجسام غریبہ کی موجودگی کے لئے جسم کے فطرتی روزنوں کا معائنہ کرنا چاہیئے ۔ گردن پر یا گردن کے گرد اگرد کوئی نشان ہو تو اس کی غور سے تفتیش کرنا چاہیئے ۔ اور بعد میں زیر افتادہ ساختوں کا امتحان بذریعہ تقطیع کرنا چاہیئے ۔ اگر جسم سارے کا سارا شاحب ہو تو یہ دیکھنا چاہیئے کہ حبل نہ بندھے ہونے کے علاوہ نزف کا کوئی خارجی سبب تو نہیں ہے ۔ بچہ کا طول، اس کا وزن اور حالت تغذیہ ملاحظہ کرنا چاہیئے ۔ لیکن یہ امر مدنظر رکھنا چاہیئے کہ نوزائیدہ بچہ کی لاش جلدی تبخیر کی وجہ سے بہت جلد اپنا وزن کھو دینے کا میلان رکھتی ہے خاص کر اس وقت جبکہ اسے بغیر کسی پوشش کے کھلا پڑا رہنے دیا گیا ہو یا یہ صرف کاغذ میں ملفوف ہو یا کسی بکس میں پڑی ہوئی ہو۔

اندرونی امتحان اس طرح شروع کیا جاتا ہے کہ ید القص (manu-brium) کے بالائی حصہ سے لیکر عانہ (pubis) تک جلد میں معمولی شگاف دیا جاتا ہے ۔ اور شکمی کہفہ کو کھولنے کے بعد اس میں دائیں ہاتھ کی انگشت شہادت داخل کی جاتی ہے، اور اس انگشت کی نوک کو ڈایافرام (diaphragm) کی قوس کے بلند ترین حصہ پر رکھ دیا جاتا ہے۔ بائیں ہاتھ کی انگشت شہادت سے بین ضلعی فضاؤں کو اوپر سے لیکر نیچے کی جانب شمار کیا جاتا ہے یہاں تک کہ دونوں انگلیوں کا محل وقوع باہم متناظر ہو جائے ۔ اس سے ڈایا فرام (diaphragm) کی بلندی دریافت ہو جاتی ہے ۔ پھر سینہ کو کھولدیا جاتا ہے ۔ اور قلب کی حالت کو علی محلہ تحقیق کیا جاتا ہے ۔ یہ امر سہولت دہ ہے کہ ابتدائی شگاف کو اوپر بڑھا کر گردن کی جلد اور زیرین جبڑے میں لیجایا جائے ۔ اور منہ کے اندر ایک تیز نوکدار قینچی کا ایک پھل جو فیزی زائدہ کے عین پیچھے سے اور خط وسطانی میں اور اوپر سے نیچے کی جانب گذار کے ارتفاق (symphysis) کو کاٹ دیا جائے ۔ نرم ساختوں کو جدا کیا جاتا ہے، جبڑے کے نصفین کو پیچھے اور باہر کی جانب موڑا جاتا ہے تاکہ کسی

جسم غریبہ کو جو موجود ہو چھپیڑے بغیر منہ اور بلعوم کا مکمل منظر نظر کے سامنے آجائے
زبان کو آگے یا ایک جانب جیسے بھی مناسب ترین ہو کھینچ لیں۔ پھیپھڑوں، معدہ، 137
اور امعاء کا حجم اور عمومی منظر ملاحظہ کرنے کے بعد ان کی کثافت نوعی کا امتحان
کرنے کے لیے ان کو جدا کرلیا جاتا ہے۔ چاندی کو چیرنے سے قبل یہ دیکھنا چاہیے کہ اسمیں
کسی کوچے کا شائبہ تو نہیں ہے؟ اور اس کو معکوس کرنے کے بعد اسی مقصد سے
یا فوخوں کا بھی معائنہ کرنا چاہیئے۔ عنقی نخاع (cervical cord) کے کوچے یا دبگر
تضرر کا امکان ذہن نشین رکھنا چاہیئے۔ امعاء میں عقی (meconium) یا غذائی مادوں
کی موجودگی ملاحظہ کرنا چاہیئے۔ بچہ کے درجۂ نمو کا اندازہ لگانا چاہیئے جس کے
لئے ان علامات کی جانب رجوع کرنے کی ضرورت ہے جو اس موضوع کے فصل
میں بیان کی گئی ہیں۔ فخذیہ (femur) کے تحتانی بربالہ میں مرکز تعظم کی موجودگی اور
جسامت اس طرح تحقیق کی جاتی ہے کہ ہڈی کے زیرین سرے سے پتلی پتلی
تراشیں چھیلی جاتی ہیں تاآنکہ مرکز کا قطر اعظم آجاتا ہے۔ زہر خورانی کا امکان بھی
نظر انداز نہیں کرنا چاہیے۔ اس مقصد کی خاطر ان اعضا کو جو کیمیاوی تجزیہ کے لئے
ضروری ہوں علیحدہ کر لینا چاہیئے بشرطیکہ اس کی ضرورت سمجھی جائے۔

اخفاء پیدائش۔ اگر کوئی عورت بچہ جنے تو ہر وہ شخص جو بچہ مذکور کی لاش
کو خواہ وہ بچہ پیدائش سے قبل یا اس کے دوران میں یا اس کے بعد مرا ہو، خفیہ ٹھکانے
لگائے گا اور اس کی پیدائش کو چھپانے کی سعی کریگا، جرم خفیفہ کا قصور وار ہوگا (24 and 25
-Vict. c. 100, section 60)

بچہ کُشی کے الزامات میں اکثر میں جیوری (jury) جرم کو گھٹا کر اخفاء
پیدائش کا جرم بنا دیتی ہے کیونکہ ایسے زندہ بچہ کا اخفاء جو دریافت ہونے تک نہ مرا ہو،
جرم خفیفہ نہیں قرار دیا جاتا۔ اخفاء پیدائش کے واقعات میں زندہ پیدائش کا
سوال نہیں پیدا ہوتا لہذا طبی شہادت کو ذیل کے امور تک محدود رکھا جاتا ہے،
کیا یہ باقیات کسی قابل حیات (viable) بچہ کے ہیں۔ کیا ملزمہ نے حال ہی میں

بچہ جنا ہے۔ آیا کسی ایسے جنین کا خفیہ ٹھکانے لگانا جو قابلیت حیات کے متناسب درجۂ نمو تک نہ پہنچا ہو، اخفاءِ پیدائش قرار دینا چاہیئے یا نہیں، اس کے متعلق کچھ شک ہے۔

سٹیفن (Stephen) (قانون فوجداری انگلستان سنہ ۱۸۹۴ء) کہتا ہے "کہ بچہ جننے کے جملہ میں ایسے جنین کا جننا شامل نہیں ہے جو اس مدت تک کہ جس میں اس کے زندہ پیدا ہونے کا امکان ہو، ہنوز پہنچا ہی نہ ہو۔ ارل۔ جے (Erle J.) نے ایک اخفاءِ پیدائش کے استغاثہ میں جیوری کو یہ ہدایت دی تھی کہ یہ امر ثابت ہونا ضروری ہے کہ بچہ رحم مادری میں اتنی مدت گزار چکا تھا۔ کہ اگر وہ معمولی حالات کے تحت پیدا ہوا ہوتا تو اس کو زندگی کا خاصہ موقعہ حاصل ہوتا (R. v. Berriman, 1854, 6 Cox, p. 388) - سمتھ۔ جے (Smith J.) (R. v. Hewitt, 1866, 4 F. and F. p. 1101) نے اس امر کو ایک جیوری کے فیصلہ پر چھوڑ دیا کہ آیا مولود اس قدر رنجتہ ہو گیا تھا کہ بچہ بن گیا ہو یا یہ محض کوئی مضغہ یا کسی قبل از وقت اسقاط حمل کا غیر متشکل موضوع ہی تھا۔ چیسٹر سمر اسائز سنہ ۱۸۸۵ء (Chester Summer Assize)(R. v. Watts) میں لارنس جے (Lawrence J.) نے سٹیفن کی محولہ فوق رائے کے موافق فیصلہ دیا ہے برخلاف اس کے مارٹن۔ بی (Martin B.) (R. v. Colmer. 1864, 9 Cox, p. 506) نے یہ کہا کہ مجھے دستوری آئین (statute) میں کوئی ایسی چیز نظر نہیں آتی کہ لفظ "بچہ" کو ایسے بچہ تک محدود رکھا جائے جس کے زندہ رہنے کا امکان یا مرنے کا اندیشہ ہو۔ بلکہ یہ ہے کہ جب جنین کا ظاہری منظر بچہ کا سا ہو جائے تو ہمارے مطلب کے لئے کافی ہے۔

سکاٹلینڈ کے (Scotch) قانون کے مطابق اخفاءِ حمل بھی جرم قرار دیا جاتا ہے۔ اسکے لئے یہ کوئی شرط نہیں ہے کہ بچہ کی لاش دریافت ہو یا بچہ کشی کا ثبوت موجود ہو۔ قانون صرف یہ شرط قرار دیتا ہے کہ عورت کا ایسی مدت تک حاملہ ہونا ثابت کر دیا جائے کہ ایک زندہ بچہ کی پیدائش ممکن ہو۔ اگر عورت دورانِ حمل میں یہ حقیقت کسی دیگر شخص کو، خواہ پیدائشِ بچہ کو چھپانے

کا اہتمام کرنے کے مقصد سے ہی کیوں نہ ہو بتا دے اور اس مطلب کی شہادت پیش کر دی جائے تو یہ قانون کی زد میں نہیں آتا کیونکہ اس صورت میں حمل "مخفی" نہیں رہا۔

باب ۱۶ 138

ولادت کا تعلق قانون دیوانی سے

زندہ ولادت، بشرطیکہ اس کا قانونی مفہوم لیا جائے دیوانی اور فوجداری دونوں طرح کے مقدمات میں ایک ہی قسم کے حالات کی بنا پر متعین کی جاتی ہے۔ فوجداری مقدمات میں جو طبّی شہادت دی جاتی ہے، دیوانی مقدمات کی شہادت اس سے مختلف ہوتی ہے، کیونکہ اکثر فوجداری واقعات میں عورت جو بچہ جنتی ہے تو یہ خفیہ طور پر ہوتا ہے۔ لہٰذا اس امر کا کہ بچہ کامل طور پر پیدا ہوا تھا اور امارات زندگی نمو یافتہ تھیں، کوئی گواہ نہیں ملتا۔ اور ماہرانہ شہادت پر بھروسہ کرنا پڑتا ہے جو کہ تمام تر نوزائیدہ بچہ کی لاش میں نظر آنیوالی علامات پر مبنی ہوتی ہے۔ اور حقیقت تو یہ ہے کہ تاوقتیکہ تنفس ہونے کی صریح شہادت حاصل نہ ہو، بچہ کشی کے الزام پر کبھی اصرار نہیں کیا جاتا لیکن دیوانی مقدمات میں گواہ دستیاب ہو سکتے ہیں مثلاً قابلت کار اور نرس جو بچہ کی پیدائش کے موقعہ پر موجود ہوتے ہیں، ایسے بچہ کی قانونی پیدائش کی کہ جس میں حیویت کی علامات ظاہر ہوں تصدیق کر سکتے ہیں۔ لہٰذا دیوانی مقدمات میں زندہ پیدائش کے ایسے ثبوت مل سکتے ہیں جو فوجداری مقدمات میں خاص حالات کی وجہ سے مفقود ہوتے ہیں۔ وقوعِ تنفس جس کو بچہ کشی کے مقدمۂ

میں اس قدر اہمیت دی جاتی ہے، زندگی کی علامات میں سے صرف ایک ہے۔ وقوعِ تنفس کی اہمیت اس امر پر مبنی ہے کہ موت کے بعد اس کے وقوع کی کم و بیش مستقل اور قابل اعتماد علامات رہ جاتی ہیں۔ اس زندگی کی جو اپنی ہستی ظاہر کرنے کے بعد تقریباً فی الفور منقطع ہو جاتی ہے، باستثناء معدی معائی کاشفہ کے تمام علامات نابود ہو جاتی ہیں اور ان کا کوئی شائبہ باقی نہیں رہتا۔

زندہ حیات کی کوئی آئینی تعریف نہیں ہے اور اس وجہ سے اس موضوع پر جو قانون ہے وہ فیصلہ جات سے ماخوذ ہے۔ انگلستان میں زندگی کی ایک عارضی ترین امارت کو بھی زندہ پیدائش کا ثبوت قرار دیا جاتا ہے۔ بشرطیکہ اس کو بچہ کے ماں کے بدن سے کلیۃً باہر ہو جانے کے بعد مشاہدہ کیا جائے۔ اگر اس شرط کو مدنظر رکھا جائے تو خفیف ترین عضلی حرکت جو ہونٹوں یا جارح کے محض لحظی جھٹکے سے زیادہ نہ ہو، یا قلب کی چند ضربات، خواہ یہ قلبی خطہ میں مسماع الصدر (stethoscope) کے ذریعہ سنائی دیں یا محسوس کی جائیں یا حبل میں نبضانِ سے محسوس ہوں یا اس سے بھی زیادہ بیّن شہادت جو کہ خواہ بچہ چلائے یا نہ چلائے تنفس سے حاصل ہوتی ہے، ان میں سے ہر ایک چیز اپنی جگہ پر زندہ پیدائش کا ثبوت ہے۔ ان میں سے کسی امارت کی مدت کیا ہے یہ امر غیر اہم ہے اور اس طرح ظاہر شدہ حیات کا ایک ہی لمحہ زندہ پیدائش کے ثبوت کے لئے اتنا ہی کارآمد ہے جتنا کہ بچہ کا متواتر کئی دن یا کئی ماہ تک زندہ رہنا۔ سکاٹلینڈ کے قانون کے مطابق، زندہ پیدائش ثابت کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ اخراج کے بعد تنفس کا آغاز ثابت کیا جائے۔

دیوانی قانون میں زندہ پیدائش پر، وراثتِ جائداد کے سلسلہ میں بحث کی جاتی ہے۔ ان مقدمات میں اس امر پر بہت کچھ منحصر ہوتا ہے کہ آیا بچہ میں پیدائش کے بعد امارات زندگی ظاہر ہوئی تھیں یا نہیں اور اگر زندہ ولادت ہوئی ہے تو اس کا کیا ثبوت ہے کہ وہ عین کس وقت پیدا ہوا تھا۔ اگر سر تولد ہو جائے لیکن جسم کا اخراج ایک وقفہ گذرنے کے بعد ہو اور اس اثناء میں بچہ سانس لیتا ہوا اور چلاتا ہوا نظر آئے، تو اس کو پیدائش کا لمحہ قرار نہیں دیا جا سکتا۔

یہ تاخیر چند منٹ تک واقع ہوسکتی ہے۔ چونکہ قانون، دن کی کسر کو شمار نہیں کرتا۔ لہذا اگر اس تاخیر کا کچھ حصہ نیم شب سے قبل واقع ہو اور کچھ حصہ بعد، تو پیدائش کے صحیح وقت کے اندراج میں غلطی ہو جانے سے ۲۴ گھنٹہ کا ہیر پھیر پڑ جاتا ہے، بلکہ اگر پیدائش اور اس کے بعد تک بچہ کا سانس جاری رہے تو ممکن ہے کہ جائداد کا وارث ہی اور کا اور ہو جائے۔ لیکن ہو سکتا ہے کہ یہ بچہ اثنائے تاخیر میں جسم کے 139
اخراج سے قبل ہی مر جائے، اس صورت میں اس کو مولود مردہ قرار دیا جائیگا کیونکہ مکمل اخراج سے قبل جو امارات حیات ہوتی ہیں ان کو قانون ہرگز تسلیم نہیں کرتا۔

زندہ پیدائش کے سوال پر "استجار بعنایت" (tenancy by courtesy) کے سلسلہ میں غور کرنا پڑتا ہے۔ اگر کوئی مرد کسی ایسی عورت سے شادی کر لیتا ہے جو کسی قابل وراثت جائداد کی مالک ہے اور اس عورت سے اولاد تولد ہوتی ہے جو زندہ ہوتی ہے اور جائداد کا وارث ہونے کی قابلیت رکھتی ہے، تو اس صورت میں وہ اپنی زوجہ کی موت کے بعد "بعنایت انگلستان ایک مستجار کی حیثیت سے اس کی زمین پر تاحیات قابض رہتا ہے"۔

ظاہر ہے کہ دو تین شرائط ہیں کہ جن کا پورا ہونا ضروری ہے۔ (ا) یہ کہ اولاد زندہ تولد ہوئی ہو (ب) اور یہ کہ وہ وارث بننے کی قابلیت رکھتی ہو۔ (ج) ایک تیسری شرط جو کہ محولۂ صدر بیان پر نظر ڈالنے پر ایسی عیاں نہیں، یہ ہے کہ بچہ جننے کے موقعہ پر، عورت زندہ ہو۔

(ا) زندہ پیدائش کا ثبوت اس طبیب یا دایہ کی شہادت سے یا ان دونوں کی شہادت سے ملتا ہے جو بوقت وضع حمل معالج تھے۔ (۲) وراثت کی قابلیت کے لئے یہ شرط ہے کہ بچہ انسان کی شکل رکھتا ہو۔ اس پر "پیشتر صنفی اور دیگر غیر طبعی حالتوں" کے عنوان کے تحت بحث کی جا چکی ہے۔ (ج) بیوی یا خاوند میں سے کسی ایک کی موت سے نکاح فسخ ہو جاتا ہے۔ اگر کوئی شادی شدہ عورت کو جو متذکرہ صدر شرائط پر جائداد کی مالک ہو، زندہ بچہ کا حمل ہو لیکن وہ بچہ تولد ہونے سے قبل ہی مر جائے، تو اس جائداد کا حق فوراً

وارث قانونی کو منتقل ہو جاتا ہے۔ گویا بچہ کی ولادت سے توارث میں کوئی خلل نہیں آتا۔ اگر بچہ کی پیدائش ماں کی موت سے ذرا بھی پہلے ہو جائے تو خواہ بچہ زندہ پیدا ہو کر فوراً مر جائے، خاوند بقیہ عمر کے لئے جائداد کا مالک ہو جاتا ہے۔ ایک بچہ قیصری شگاف (Cæsarean section) کے ذریعہ بھی مردہ ماں کی لاش سے نکالا جا سکتا ہے لیکن اس صورت میں خاوند قابض نہیں ہو سکتا۔ اس امر پر بحث کی جاتی ہے کہ کیا زندہ عورت سے قیصری شگاف کے ذریعہ نکالے ہوئے بچہ کو قانونی معنوں میں تولد شدہ متصور کیا جا سکتا ہے یا نہیں۔ گمان غالب یہ ہے کہ ان حالات کے تحت خاوند استجار (tenancy) سے متمتع ہو سکتا ہے۔

پیدائشوں کی اطلاع دہی۔ پیدائشوں کی اطلاع دہی کے ایکٹ ۱۹۰۷ء کے تحت، اگر کوئی بچہ حمل کے اٹھائیسویں ہفتہ کے ختم پر اپنی ماں سے تولد ہو تو ضلع کے میڈیکل آفیسر آف ہیلتھ (medical officer of health) کو اس کی پیدائش کی اطلاع دینا ضروری ہے۔ ۱۹۱۵ء کے بعد سے یہ طریقۂ کارروائی تمام اضلاع میں واجب العمل رہا ہے۔ (اس آئین کے متعلق کر طبیبوں کے کیا فرائض ہیں اس کے لئے پندرہواں باب ملاحظہ کرنا چاہئے)۔

مردہ ولادتیں۔ مردہ ولادتوں کی تسجیل کرانا ضروری نہیں ہے۔ لیکن اگر حمل ۲۸ ہفتہ کا ہو تو میڈیکل آفیسر آف ہیلتھ (medical officer of health) کو اس کی اطلاع دینا ضروری ہے۔ اگر بچہ کو کسی پبلک گورستان میں دفن کرنا منظور ہو تو حکام گورستان کو ماں کے نام کا اور نیز مردہ ولادت کے واقعہ کا ایک تحریری بیان موصول ہونا چاہئے۔ جس پر کارونر (coroner) یا طبیب کے جس نے اس کو دیکھا ہو یا اس شخص کے کہ جو اسے دفنانے کے لئے لایا ہو دستخط ہونے چاہئیں۔ بالعموم یہ بیان گورکن کو طبیب یا دایہ دیتی ہے اور گورکن لاش کو ٹھکانے لگا دیتا ہے۔ اور یہ معلوم ہے کہ بعض اوقات وہ اسکو کسی دوسرے شخص کے تابوت (coffin) میں رکھ دیتا ہے۔ اس حقیقت کو بوقت نبش یاد رکھنا چاہئے۔ یہ خراب نظام کار صریحی طور پر اخفاء جرم میں مدد دیتا

ہے۔ یا کم از کم ان بچوں کا جو کہ پیدائش کے بعد جلد مر جاتے ہیں، ٹھکانے
لگانا آسان کر دیتا ہے۔

صحیح النسبی

قانون ہر اس بچہ کو جو دوران ازدواج میں تولد ہو یا خاوند کی موت کے بعد ایسی مدت کے اندر اندر تولد ہو کہ حمل کی طبعی مدت کے ہم آہنگ ہو صحیح النسب فرض کرتا ہے بشرطیکہ اس کے خلاف واقعہ ثابت نہ ہو۔

یہ ممکن ہے کہ کسی خاوند کا بچے کا باپ نہ ہونا اس امر کی بنا پر ثابت 140
کیا جائے کہ خاوند جسمانی طور پر ناقابل ہے؛ یا یہ کہ وہ ایک ایسی مدت تک اپنی بیوی سے ہم صحبت نہیں ہوا کہ وہ مدت پیدائش بچہ کی تاریخ سے ہم آہنگ ہے۔ عمر کی انتہاؤں کی وجہ سے یا بدشکلی یا مرض کی وجہ سے جسمانی طور پر ناقابل ہو جانا پیشتر مذکور ہو چکا ہے۔ مجامعت نہ ہو سکنے کی دلیل ایک تو یہ ہے کہ حقیقت واقعہ کے متعلق شہادت ہو جس سے طبیب کو سروکار نہیں ہوتا۔ اس کے علاوہ (ا) طبعی حمل کی مدت پر اور نیز ان سوالات پر غور کرنے کی ضرورت ہے (ب) کہ حمل کس مدت تک اطالت پذیر ہو سکتا ہے۔ اور (ج) یہ کس مدت تک تقصر پذیر ہو سکتا ہے کہ یہ مدت زندہ بچہ کی پیدائش کے ہم آہنگ ہو۔

(الف) **حمل کی طبعی مدت**: حمل کی مدت معلوم کرنے کا کوئی قطعی ذریعہ موجود نہیں ہے۔ یہی وجہ ہے کہ مختلف ارباب سند نے جو مدتیں مقرر کی ہیں ان میں تناقض پایا جاتا ہے۔ ان معطیات میں سے کہ جن سے بیضہ کے حاملہ ہونے اور بچہ کی پیدائش کے درمیانی وقفہ کا اندازہ لگایا جاتا ہے۔ صرف دو کا ذکر کرنے کی ضرورت ہے۔ "انقطاع حیض" اور "واحد مجامعت"

انقطاع حیض: قطع نظر فعلیت کے اتفاقی انقطاع کے، یہ ایک غیر یقینی نقطہ

آغاز ہے۔ یہ عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ یہ ضرور نہیں کہ حیض اور تبویض ایک ساتھ واقع ہوں۔ چنانچہ حیض تبویض کے بغیر اور تبویض حیض کے بغیر واقع ہو سکتی ہے۔ حاملہ بیضہ رحمی غشاء مخاطی میں بین حیضی زمانہ کے کسی حصہ میں بھی مدفون ہو سکتا ہے۔ لہذا طبعی مدت حمل، انقطاع حیض سے صحیح صحیح دریافت نہیں کی جا سکتی میتھوز ڈنکن (Matthews Duncan) نے حیض کے آخری دن سے شمار کرتے ہوئے، حمل کی مدت کا ۲۷۸ دن اندازہ لگایا ہے۔ دوسرے ارباب سند کا اندازہ اس سے کم یا ذرا ہی زیادہ ہے۔

"واحد مجامعت" سے کوئی معین معطی حاصل نہیں ہوتا کیونکہ یہ ضرور نہیں کہ حمل بھی اسی وقت واقع ہو جائے۔ حیوانات منی نسوانی اعضا کے اندر اپنی فعالیت کئی دن تک برقرار رکھتے ہیں۔ ان میں سے کسی ایک دن ممکن ہے کہ وہ بیضک میں پہنچکر اس کو حاملہ کر دیں۔ واحد مجامعت سے اندازہ لگا کر اہلفیلڈ[1] (Ahlfeld) نے حمل کی مدت ۲۷۱ دن، سٹیڈ فلٹ[2] (Stadfeldt) نے ۲۷۲ دن، اور ڈنکن[3] (Duncan) نے ۲۷۵ دن، بیان کی ہے، بقول لووِن ہارٹ[4] (Lowenhardt) کے اعداد و شمار سے ۲۷۲ دن کی اوسط حاصل ہوتی ہے۔

حمل کی طبعی مدت کے متعلق بالعموم یہ تسلیم کیا جاتا ہے کہ یہ تقریباً ۲۸۰ دن ہے لیکن اس شرط کے ساتھ کہ اس مدت سے تجاوز کا امکان ہے۔ مدت حمل ہمیشہ دنوں میں شمار کرنی چاہیئے۔ مہینے جنتری کے اور قمری دونوں ہو سکتے ہیں لہذا اس لفظ کا استعمال غلطی پیدا کر سکتا ہے۔

(ب) غیر طبعی طور پر اطالت پذیر حمل۔ مدت حمل کی دونوں سمتوں میں انتہائی حدود کا اندازہ لگانے کی مساعی میں یہ امر سد راہ ہوتا ہے کہ تقریباً

---

[1] Monatsschr. f. Geburtshulfe, 1869.

[2] Annales de Gynecol., 1877.

[3] Fecundity, Fertility, Sterility, 1866.

[4] Arch. f. Gynäkol., 1872.

تمام ایسے واقعات میں وہ شہادت جس پر کہ تخمینہ مبنی ہوتا ہے، دروغ آمیز ہوتی
ہے۔ اکثر واقعات میں افراد متعلقہ کے مفادات پر اخلاقی یا مالی نقطہ نگاہ سے
بے حد اثر پڑتا ہے۔ اور اگر دانستہ غلط بیانی سے قطع نظر بھی کر لیا جائے تو بھی
عورتوں میں اپنی خواہشات اور احساسات سے گمراہ ہو جانے کا بہت رجحان
پایا جاتا ہے۔ یہ کہا جا سکتا ہے کہ بلاشک مدت حمل جو عام طور پر مسلمہ ہے
خاصی توسیع کی قابلیت رکھتی ہے۔ لیکن دشواری جو پیش آتی ہے تو اس توسیع
کے درجہ کی تحدید کرنے میں پیش آتی ہے۔ بعض ممالک میں یہ حد قانون مقرر کر دیتا ہے
فرانس (France) اور اٹلی (Italy) میں یہ حد ۳۰۰ دن ہے جرمنی میں خاوند
کی موت کے بعد ۳۰۲ دن کے اندر پیدا شدہ بچہ صحیح النسب سمجھا جاتا ہے۔
سکاٹلینڈ میں خاوند کی موت کے بعد دس قمری مہینوں کے اندر اندر پیدا شدہ بچہ
صحیح النسب قرار دیا جاتا ہے۔ انگلستان اور امریکہ میں کوئی حد مقرر نہیں ہے۔
لہٰذا وہاں ماہروں کی رائے لی جاتی ہے اور ہر مقدمہ میں جو اس موضوع سے
متعلق ہو تمام سوالات پر بحث ہوتی ہے۔ انگریزی عدالتوں نے اب تک جو طویل ترین
مدت جائز رکھی ہے وہ ۳۰۷ دن ہے۔ سنہ ۱۹۰۷ء میں عدالت نے ایک ایسے
خاوند کی عرضداشتِ طلاق کو مسترد کر دیا جو کسی غیر ملک میں مذکورہ بالا مدت تک 141
اپنی بیوی سے غائب رہ چکا تھا۔ وضعِ حمل طبعی طور پر ہوا تھا اور بچہ اوسط جسامت
اور وزن کا تھا۔ عرضی دہندہ اپنے استغاثہ کی تائید میں کوئی دوسری فیصلہ کن
نوعیت کی شہادت پیش نہ کر سکا۔ امریکہ میں ایک اغوا کی فرد قرار داد جرم میں
۳۱۷ دن کی رعایت دی گئی اور غالباً اس فیصلہ میں جذبہ کی کار فرمائی تھی۔ اگر کوئی
جائداد کا دعویدار ہوتا تو ممکن ہے کہ اس کے ساتھ کچھ اور سلوک کیا جاتا۔

ایسی بہت مثالیں درج ہیں کہ جن میں حمل ۳۰۰ دن بلکہ اس سے بعد تک قائم
رہتا ہے۔ وہ مثالیں جو ۳۰۰ دن کے قریب قریب آتی ہیں لیکن اس سے تجاوز نہیں کرتیں
ان مثالوں کی بہ نسبت بہت زیادہ قرین قیاس معلوم ہوتی ہیں کہ جن میں مزید ہفتوں کا ادعا
کیا جاتا ہے۔ ایکر[۱] (Acker) ایک واقعہ کی اطلاع دیتا ہے جس میں واحد مجامعت کے بعد

[۱] Amer. Journ. of Obstetrics. 1889.

حمل ۳۵۰ دن قائم رہا اور بچہ بلحاظ نمو کے ایک میعادِ کامل کے بچہ سے متجاوز نہ تھا۔ ادخال منی کے بعد استقرار حمل کے وقت کا غیر یقینی ہونا مدنظر رکھا جائے تو اس مدت حمل کو گھٹا کر ۲۹۰ دن قرار دیا جا سکتا ہے۔ ایک واقعہ میں جسے پرکار[1] (Purkhauer) نے درج کیا ہے ایک عورت کو غیر حاملہ حالت میں ہر اٹھائیسویں دن حیض آ رہا تھا۔ آخری حیض اس کو ۲۸ اپریل ۱۸۸۹ء کو آیا تھا۔ اور اس نے بچہ کو پہلے پہل ستمبر کے وسط میں محسوس کیا تھا۔ جس سے وضع حمل کی قیاسی تاریخ فروری ۱۸۹۰ء کا اول ہفتہ ہوتی ہے۔ ۱۳ مارچ ۱۸۹۰ء کو اس نے ایک زندہ بچہ جنا جو وزن میں ۸ پونڈ ½ ۱۲ اونس اور طول میں ۲۱ انچ تھا۔ اگر استقرار حمل کی تاریخ آخری حیض کے انقطاع سے سات دن بعد فرض کی جائے تو مدت حمل ۳۱۶ دن ہوتی ہے۔ اور اگر یہ آئندہ متوقع حیض سے ۷ دن قبل فرض کی جائے (اگرچہ یہ ارتکاض (quickening) کی تاریخ سے مطابقت نہیں کرتی) تو مدت حمل ۳۰۰ دن ہوگی۔ ٹامسن[2] (Thomson) ایک واقعہ درج کرتا ہے۔ جس میں آخری حیض سے شمار کرنے پر مدت حمل ۳۱۷ دن اور آخری مجامعت سے شمار کرنے پر ۳۰۱ دن ہوتی ہے۔ ڈنکن[3] (Duncan) ایک واقع درج کرتا ہے جس میں حیض ۱۵ جنوری کو منقطع ہوگیا۔ ماں نے جنینی حرکات کو تقریباً مئی کے آغاز یا وسط میں محسوس کیا۔ وہ نہایت جسیم تھی اور اس کو تقریباً ۱۵ سے ۲۱ اکتوبر تک زچگی ہونے کی امید تھی لیکن اس کے وضع حمل میں ۷ دسمبر تک تاخیر ہوگئی یعنی انقطاع حیض سے ۳۲۵ دن تک۔ یہ بچہ مرد تھا اور اس کی جسامت اور وزن معمولی جسامت اور وزن سے بہت زیادہ تھا۔ یہ اس عورت کا چوتھا بچہ تھا۔ پہلے بچہ کا حمل ۳۰۰ دن تک اور دوسرے اور تیسرے بچوں کا حمل ۲۸۵ دن تک رہ چکا تھا۔ آرمسٹرانگ[4] (Armstrong) نے ایک عورت کے واقعہ کا تذکرہ کیا ہے کہ جس کا دوسرا حمل ۳۰۳ دن اور چوتھا حمل ۳۱۹ دن تک رہا۔ مرے[5] (Murray) نے ایک

---

۱ Friedreich's Blatter f. ger. Med., 1890

۲ Obstetrical Transactions, 1885

۳ Medical Times and Gazette, 1877.

۴ The Lancet, 1890.

۵ Brit. Med. Journal, 1889.

عورت کے متعلق جس کا اس نے معالجہ کیا ذیل کی تفصیل دی ہے۔ اس کا حیض ۱۲ فروری ۱۸۸۸ء کو منقطع ہوا۔ ۲۰ نومبر کو وہ سمجھی کہ اب وضع حمل ہو گا۔ لیکن علامات زائل ہو گئیں۔ ۱۲ جنوری ۱۸۸۹ء کو اس نے ایک مردہ مولود بچہ جنا جس کا وزن ۷ ½ پونڈ اور طول ۱۹ ½ انچ تھا۔ اور انقطاع حیض اور وضع حمل کے درمیان ۳۳۰ دن کا وقفہ تھا۔

یہ نظریہ پیش کیا گیا ہے کہ اطالت پذیر حمل اکثر غیر معمولی طور پر طویل بین الحیضی وقفوں کا نتیجہ ہوتا ہے۔ لیکن پرکار (Pürkhauer) کے مندرجہ صدر واقعہ سے اس کی تائید نہیں ہوتی۔ کیونکہ جب عورت مذکور حاملہ نہیں تھی تو اس کو ہر اٹھائیسویں دن باقاعدگی کے ساتھ حیض آتا تھا۔

یہ دیکھا جائے گا کہ متذکرہ صدر واقعات اطالت پذیر حمل کے موضوع کے متعلق بتدریج بڑھتے ہوئے تناسب سے تمثیلات پیش کرتے ہیں حتیٰ کہ ۳۳۰ دن کا مرعوب کن عدد حاصل ہو جاتا ہے۔ جہاں تک کہ درج شدہ واقعات کا تعلق ہے، یہ عدد قطعی نہیں۔ البتہ جہاں تک کہ قارئین کی قوتِ اعتقاد کا تعلق ہے، یہ غالباً قطعی ہے۔ ظاہری اطالت پذیر حمل کے کئی واقعات میں یہ بہت ہی قرین قیاس ہے کہ حیض اتفاقیہ رک گیا ہو اور استقرار حمل بعد میں واقع ہوا ہو۔

(ج) **غیر طبعی طور پر مقصر حمل** میں مندرجہ ذیل چیزوں کی بحث ہے۔ بوقت پیدائش جنین کا درجہ نمو کیا ہے اور پیدائش کے بعد اس کی **قابلیت حیات** یا زندہ رہنے کی استعداد کیا ہے۔ تقصر پذیر حمل میں اطالت پذیر حمل کی بہ نسبت طبی شہادت کی زیادہ گنجائش ہوتی ہے۔ موخر الذکر صورت میں بچہ اگرچہ کئی مثالوں میں معمولی جسامت سے بہت متجاوز ہو گیا ہے لیکن درجۂ کامل سے زیادہ نمو یافتہ نہیں ہو سکتا۔ اور اگر کامل میعاد کا نہ ہوا ہو تو کامل المیعاد نہ ہونے کی علامات کم و بیش ظاہر ہوتی ہیں۔ نیز رائے قائم کرتے وقت بچہ کی جسامت اور وزن پر زیادہ زور نہ دینا چاہیئے۔ گو کہ یہ دونوں نمو کی اہم امارات ہیں خاصکر طول جو کہ عمر کے ساتھ اس سے زیادہ ثبت نسبت رکھتا ہے کہ جتنا وزن رکھتا ہے۔ لیکن باقی امارات کو

بھی ہرگز نظر انداز نہیں کرنا چاہئیے۔ ماں کی تندرستی تناوری یا اسکی برعکس حالت میں اور بچہ کی جسامت اور وزن میں کوئی ثقہ نسبت مقرر نہیں کی جا سکتی۔ بعض کوتاہ قد عورتیں عادتاً بڑے بچے پیدا کرتی ہیں۔ اور بعض اوقات طویل القامت اور رعب دار شکل کی عورتیں کامل میعاد کے کم تغذیہ یافتہ بچے جنتی ہیں۔ جس طرح کہ تفریق کے تمام دیگر سوالات میں ہوتا ہے انتہاؤں کو باآسانی شناخت کیا جا سکتا ہے۔ ایک میعادی بچہ ایسی خصوصیات رکھتا ہے کہ اس کو ایک پانچ چھ ماہ کے بچہ سے باآسانی تمیز کیا جا سکتا ہے۔ برخلاف اس کے ۸ ماہ اور ۹ ماہ کے بچوں کے درمیان بہت کم فرق پایا جاتا ہے۔ کیوں کہ بچہ میعاد سے پورے ۱۴ دن قبل پختگی کی کل امتیازی خصوصیات حاصل کر لیتا ہے۔ جنینی نمو کی ثقہ ترین امارات صرف لاش ہی میں ملتی ہیں اور وہ یہ ہیں۔ تعظم کے مختلف مراکز اور دماغ کی اوپری ہیئت نا پختگی کی بیرونی علامات قطع نظر جسامت اور وزن کے یہ ہیں۔ جلد کی سیاہی مائل سرخ رنگت اور جھریدار منظر، اور اس پر زغب کی موجودگی، کان کی جسامت، انگلیوں کے ناخنوں کی نامکمل تکوین۔ سر کی غیر متناسب جسامت، صفن میں خصیوں کی عدم موجودگی (مردمیں)۔ علاوہ ازیں عمومی کمزوری جو زوردار حرکات اور غوغائی چیخوں کے فقدان سے اور پیش کردہ بھٹنی کو چوسنے کی ناقابلیت سے مترشح ہوتی ہے۔ ناپختہ بچوں کی حرارت غریزی زیر طبعی ہوتی ہے۔ اور اس کی حفاظت کے لئے روئی کی موٹی تہوں یا کسی دیگر ماحول کی ضرورت ہے جو اس سطح ضیاع کو کم کرتا ہو۔

قابلیت حیات (viability)۔ ممکن ہے کہ ایک بچہ اس قدر ترقی یافتہ درجہ کا نمو حاصل کر چکا ہو کہ زندہ پیدا ہو سکے لیکن وہ قابل حیات نہ ہو یعنی اس میں حیات برقرار رکھنے کی صلاحیت موجود نہ ہو۔ ایک عمومی بیان کے طور پر یہ تسلیم کیا جا سکتا ہے کہ کسی بچہ کے قابل حیات ہونے کی مدت کی کم از کم حد ۱۸۰ دن ہے۔ لیکن اس سے یہ نتیجہ نہ نکالنا چاہئیے کہ درون رحمی حیات کے اس عرصہ میں تمام بچے قابل حیات ہو جاتے ہیں بلکہ اس کے خلاف ان میں طویل قیام حیات ایک استثنا ہے نہ کہ معمول۔ لہذا اس عمر میں قابلیت کی موجودگی ثابت

کرنے کے لئے کافی شہادت کی ضرورت ہے۔

بونر[1] (Bonnar) نے قبل از میعاد پیدائش کے متعدد واقعات کی جدول بنائی ہے اور بچوں کی مابعد حیات کا کھوج لگایا ہے۔ ۲۲ بچے درون رحمی زندگی کے ۲۰۰ دن بعد پیدا ہوئے۔ ان میں سے صرف چار تھے جو ایک سال اور اس سے زیادہ تک زندہ رہے۔ اسی گروہ میں سے چھ بچے ۲۴ گھنٹہ اور اس سے زیادہ تک زندہ رہے لیکن باقی ماندہ بچوں میں سے ایک بھی ایسا نہ تھا جو ۴ ماہ سے زیادہ تک زندہ رہا ہو۔ بیلی[2] (Bailly) نے ایک بچہ کا واقعہ درج کیا ہے جو ۶ ماہ اور ۲۰ دن کے بعد پیدا ہوا۔ یہ بچہ نہایت ہی کمزور تھا۔ اور اس کی حرارت جسمانی کو قائم رکھنے کے لئے بڑی توجہ کی ضرورت تھی۔ اس کی چھوٹی جسامت کو تمثیلاً یوں بیان کیا جاتا ہے۔ کہ باپ کی انگشتری کو بچہ کے پاؤں پر سے گذار کر تقریباً گھٹنے تک چڑھایا جا سکتا تھا۔ پیدائش سے ۱۳ دن بعد اس بچہ کا وزن ۱۲۵۰ گرام (تقریباً ۲¾ پونڈ) تھا۔ پیدائش سے ۱۲ ماہ بعد بچہ کے متعلق یہ اطلاع تھی کہ زندہ اور تندرست ہے۔ ایک بہت ہی مستند واقعہ میں کہ جس کی اطلاع اوٹریپوٹ[3] (Outrepout) نے دی ہے ایک بچہ بوقت پیدائش درون رحمی حیات کے ستائیسویں ہفتہ میں تھا۔ اس کا ناپ ۱۳½ انچ اور وزن ۱½ پونڈ تھا۔ اس کی جلد جھریدار اور روؤں سے ڈھکی ہوئی تھی۔ ناخن جلد کے شکنوں کی مانند تھے اور غشاء الحدقہ سالم تھی۔ اس کے جوارح چھوٹے تھے اور جنینی وضع میں قائم تھے۔ گیارہ سال کی عمر میں یہ بچہ ابھی زندہ تھا اور ایک تقریباً ۸ سال کی عمر کے بچہ کی صورت شکل کا تھا۔

ایسی مثالیں بھی درج ہیں کہ جن میں ان بچوں کو پرورش کیا گیا ہے جو کہ ۱۸۰ دن سے قبل پیدا ہوئے تھے لیکن یہ مثالیں نہایت ہی استثنائی ہیں اور معطیات کی صحت کے متعلق شک پیدا ہوتا ہے۔ بونر (Bonnar) کی جدول میں ایک بچہ کا واقعہ درج ہے جو ۱۵۰ دن کے بعد پیدا ہوا تھا اور وہ ۱۹ سال کی عمر تک

---

[1] Edinburgh Med. Journal, 1865

[2] Arch. de Tocologie, 1879.

[3] Henke's Zeitschr., 1823.

زندہ رہا۔ایک بچے کا واقعہ مور[1] (Moore) نے درج کیا ہے جو پانچ ماہ کے اختتام پر
پیدا ہوا۔اس کا طول ۹ انچ اور وزن ½ ۱ پونڈ تھا۔یہ بچہ ۱۵ ماہ کی عمر میں تندرست تھا اور
اس کا وزن ۱۹ پونڈ تھا۔بچہ کی جسامت سے درجۂ نمو کا اندازہ لگاتے ہیں کس خطرہ سے
دوچار ہونا پڑتا ہے، اس کی مثال میں ہبرڈ[2] (Hubbard) نے ایک واقعہ درج کیا ہے
بیان کیا جاتا ہے کہ رحمی حمل کا وقت تقریباً ساتواں مہینہ تھا۔بچہ کا طول ۱۰ انچ تھا اس کے
سر کا محیط کانوں پر ۸ انچ تھا۔رانوں کے گرد کا محیط ½ ۲ انچ تھا۔وزن ایک پونڈ
۲ اونس تھا۔بچہ خوب تکوین یافتہ تھا۔اس کی انگلیوں کے ناخن مکمل تھے۔یہ بچہ آٹھ
گھنٹہ تک زندہ رہا۔صفحہ 26 پر جو جدول ہے اس کے دیکھنے سے ظاہر ہوتا ہے
کہ انگلیوں کے ناخنوں کی تکوین اس وقت تک مکمل نہیں ہوتی جب تک کہ رحمی حمل ۸ ماہ تک
ترقی نہ حاصل کرلے، حالانکہ اس بچہ کے طول و وزن سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ چھ ماہ 43
سے زیادہ کا نہیں۔بارکر[3] (Barker) نے ایک بچہ کا واقعہ بیان کیا ہے جو مجامعت سے
۱۵۰ دن کے بعد پیدا ہوا تھا۔اس کا طول ۱۱ انچ اور وزن ایک پونڈ تھا۔ناخن بمشکل
دکھائی دیتے تھے۔آنکھوں کے پپوٹے پیدائش سے دوسرے دن تک بند رہے۔جلد
جھری دار تھی۔اس کے تین سال بعد یہ بچہ تندرست اور باصحت تھا۔لیکن اس کا وزن
صرف ½ ۲۹ پونڈ تھا۔ایسی ہی متعدد مثالیں درج کی گئی ہیں لیکن ایسی کوئی مثال نہیں
جو کہ بہت حالیہ زمانہ کی ہو۔کلنگ ورتھ[4] (Cullingworth) نے کئی ایک مثالیں جمع کی ہیں
اور ان میں ایک مثال عاجل (یعنی ساتویں ماہ میں) قابلیت حیات کی پائی جاتی ہے جس
سے وہ ہاسپٹل کی مداولت میں دوچار ہوا تھا۔

ایسے بچے جو درون رحمی عمر کے پانچویں ماہ میں پیدا ہوئے ہیں چند ساعت تک
زندہ رہے ہیں لیکن اس سے زیادہ دیر تک نہیں، ان کی نظیریں پیش کرنے کی ضرورت

۱؎ Philadelphia Med. and Surg. Reporter, 1880

۲؎ New York Med. Journ., 1890.

۳؎ Med. Times, 1850,

۴؎ Obstetrical Journ. of Great Britian and Ireland, 1878.

نہیں ہے، کیوں کہ یہ تسلیم کیا جاتا ہے کہ اس دورمنو میں جو بچے پیدا ہوتے ہیں ان میں زندگی کی امارات پائی جا سکتی ہیں۔ جن لوگوں نے ایسے واقعات کی اطلاع دی ہے انکی صداقت پر حرف لانا مقصود نہیں ہے، تاہم یہ کہنا صحیح ہے کہ کوئی ایسی مثال درج نہیں ہوئی جس میں ۵ ماہ کے جنین کی قابلیت حیات کی شہادت قطعی طور پر یقینی ہو۔

فرانس اور اٹلی میں اگر کوئی بچہ شادی کے بعد ۱۸۰ دن کے اندر پیدا ہو تو خاوند بچہ کا باپ ہونے سے انکار کر سکتا ہے، بشرطیکہ اس نے بیوی کیساتھ شادی سے قبل مجامعت نہ کی ہو۔ جرمنی میں اگر کوئی خاوند بچہ کی پیدائش سے قبل ۳۰۲ ویں اور ۱۸۰ ویں دنوں کے درمیان عدم مجامعت ثابت کر دے تو جو بچہ اس کی بیوی نے جنا ہو اس کی والدیت سے انکار کر سکتا ہے۔ سکاٹلینڈ (Scotland) میں ماں کی شادی سے چھ ماہ بعد پیدا شدہ بچہ صحیح النسب سمجھا جاتا ہے۔ انگلستان اور امریکہ میں کوئی حد مقرر نہیں اور طوالت پذیر حمل کی طرح ہر مثال کا فیصلہ اس کی خصوصی حالات کے لحاظ سے کیا جاتا ہے۔

جنین علی الجنین

(Superfœtation)

تکوین جنین علی الجنین کا امکان ماہران علم القابلہ کے مابین ایک متنازع فیہ مسئلہ ہے۔ بعض تسلیم کرتے ہیں کہ استثنائی طور پر ایسا وقوع پذیر ہو سکتا ہے لیکن بعض اسے فعلیاتی طور پر ناممکن الوقوع سمجھتے ہیں۔ حمل علی الحمل (superfecun-dation) کے امکان کو سب تسلیم کرتے ہیں یعنی ایسے دو بیضوں کا انفرادی طور پر حاملہ ہونا جو تبویض کے ایک ہی دور میں خارج ہوئے ہوں۔ مشکل تو اس امر کے امکان کے متعلق پائی جاتی ہے کہ ایک سابق الوقوع تبویض کے دوران میں خارج شدہ بیضہ کے

بارور ہونے سے جو حمل معرض وجود میں آتا ہے اس کے چند ماہ بعد ایک اور بیضہ بارور ہو جائے جو مابعد تبویض سے ماخوذ ہو تا ہے۔ یہ امر ہمہ گیر طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ حاملہ رحم کی حالت تیسرے ماہ کے وسط تک ایسی ہوتی ہے کہ وہ مکرر حمل کی راہ میں کوئی ناقابل ارتفاع رکاوٹ حائل نہیں کر سکتی۔ غشاء ساقط صادق اور غشاء ساقط منعکس کا التیام اس وقت مکمل نہیں ہوتا۔ لہٰذا بیضہ اور حیوانات منوی کے درمیان کوئی مطلق رکاوٹ موجود نہیں ہوتی عنقی قنال میں جو لیسدار مخاط پایا جاتا ہے وہ کوئی ناقابل ارتفاع رکاوٹ پیش نہیں کرتا۔ جو لوگ تکوین جنین علی الجنین (superfœtation) کے امکان سے انکار کرتے ہیں وہ اپنی مخالفت کی بنیاد دوران حمل میں تبویض کے عدم وقوع کو قرار دیتے ہیں کیونکہ اگر ابتداء حمل سے لیکر وضع حمل تک تبویض ہرگز نہ ہونے پائے تو ظاہر ہے کہ تکوین جنین علی الجنین (superfœtation) ناممکن ہوگی۔ عام قاعدہ تو یہی ہے کہ دوران حمل میں تبویض معطل رہتی ہے۔ کیا اس قاعدہ کی مستثنیات فرض کر لینے کیلئے کوئی دلائل ہیں؟ گلابن (Galabin) نے خارج الرحم حمل کا حوالہ دیا ہے کہ یہ اس امر کی دلیل ہے کہ دوران حمل میں استثنائی طور پر تبویض وقوع پذیر ہو سکتی ہے۔ چنانچہ شکم کے اندر پانچ ماہ کا جنین اور اس کے ساتھ رحم کے اندر ایک تین ماہ کا جنین پایا گیا ہے۔ چونکہ تغذیہ حاصل کرنیکے لحاظ سے درون رحمی جنین کی مقامیت بہتر ہے۔ لہٰذا اس کی کمی نمو کو اسکی خراب مقامیت کی جانب منسوب نہیں کیا جا سکتا حمل کے شروع مہینوں میں حیض استثنائی طور پر ضرور آتا ہے۔ لیکن یہ اس مفروضہ کی کہ اس وقت تبویض بھی وقوع پذیر ہوتی ہے محض قیاسی طور پر تائید ہے اس سے زیادہ تائید نہیں کیوں کہ تبویض اور حیض ایک دوسرے پر منحصر نہیں ہیں۔

جو لوگ تکوین جنین علی الجنین کے امکان سے انکار کرتے ہیں۔ وہ ان واقعات کی جن میں ایسی تکوین مانی جاتی ہے اس طرح پر توجیہہ کرتے ہیں کہ یہ توامی حمل کی مثالیں ہیں اور ان میں جیسا کہ عام ہے ایک جنین دوسرے سے زیادہ نمو یافتہ ہوتا ہے۔

سپیگلبرگ[۲] (Spiegelberg) اس حقیقت کا اطلاق کرتے ہوئے تکوین جنین علی الجنین

۱ Manual of Midwifery, 1886

۲ Lehrbuch der Geburtshülfe, 1880.

کو فعلیاتی نگاہ سے ایک غیر محکم اور باطل شدہ مفروضہ سمجھتا ہے۔ ایسے واقعات کو جن میں پہلے ایک کامل طور پر نمو یافتہ بچہ پیدا ہوتا ہے اور پھر اس کے بعد ایک دوسرا اور پیدا ہوتا ہے اور وہ بھی (ان حدود کے اندر جو تکوین جنین علی الجنین سے منسوب کیجاتی ہیں) کامل طور پہ نمو یافتہ ہوتا ہے، وہ توام جنینیوں کی مثالیں تصور کرتا ہے۔ یعنی وہ بچہ جو کہ دونوں میں سے بہت زیادہ نمو یافتہ ہوتا ہے پہلے پیدا ہوتا ہے اور جو بچہ پیچھے رہ جاتا ہے وہ ضائع شدہ وقت کی کمی پوری کرنے کے بعد آخر کار ویسی ہی کامل طور پر نمو یافتہ حالت میں پیدا ہوتا ہے جس میں کہ پہلا بچہ پیدا ہوا تھا۔ بیان کیا جاتا ہے کہ مزعومہ تکوین جنین علی الجنین کے ان واقعات کی کہ جن میں پیدائشوں کے درمیان زیادہ وقفہ ہوتا ہے یہ وجہ ہوتی ہے کہ ایک دوہرا رحم موجود ہوتا ہے۔ خواہ اس کے ساتھ جدا گانہ مہبل ہو یا نہ ہو، لیکن اگر صرف رحم کا جسم ہی دوہرا ہو۔ تو بہ نسبت اس صورت کے جب کہ دوہرا مہبل موجود ہوتا ہے غیر طبعی حالت کے نظر انداز ہو جانے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے۔ اس غیر طبعی حالت کی مثال میں راس[۱] (Ross) نے ایک واقعہ بیان کیا ہے۔ ۶ ہر جولائی کو ایک عورت نے دو جنین جنے جو رحمی حمل کے چھٹے مہینے میں تھے۔ اس کے بعد ۳۱ ہر اکتوبر کو ایک پورے میعاد کا بچہ جنا۔ بعد میں جب امتحان کیا گیا تو ایک دوہرا رحم موجود پایا گیا۔ دو نامکمل جنینیوں کی پیدائش اور کامل المیعاد بچہ کی پیدائش کے درمیان جو وقفہ تھا اس کی وجہ یہ تھی کہ رحم کے ایک کہفہ سے دو نامکمل جنین قبل از میعاد پیدا ہوئے لیکن دوسرے کہفہ کے مشمولات حمل کی پوری میعاد تک برقرار رہے۔ اس اصابت میں مہبل کے اندر کوئی فاصل (septum) نہ تھا۔ اگر بغور امتحان عمل میں نہ لایا جاتا اور حمل کے اس غیر طبعی ممر کی وجہ دریافت نہ کی جاتی تو ممکن ہے کہ تکوین جنین علی الجنین کا ایک اور واقع درج ہو جاتا۔ اے۔ ڈبلیو۔ میر[۲] (A. W. Meyer) اس موضوع کے کتب کا تبصرہ کرنے کے بعد اس نتیجہ پر پہنچا ہے کہ تکوین جنین علی الجنین زیادہ سے زیادہ ایک امکان ہے اور جو واقعات بیان کئے جاتے ہیں وہ در اصل توامی حمل کی مثالیں ہیں کہ

---

۱ The Lancet, 1871.

۲ Journal Am. Med. Assoc., lxxii., 1919

جس میں جنینوں کا نمو غیر مساوی ہوتا ہے۔

معمولی توامی حمل میں پیدائشوں کے درمیان ایک طویل وقفہ حائل ہونے کی ایک نہایت اچھی مثال پن کاٹ[1] (Pincott) کے درج کردہ واقعہ سے ملتی ہے۔ ایک عورت نے ۱۸ اکتوبر کو ایک کمزور سی لڑکی جنی جو اسی دن مر گئی۔ ولادت کے بعد مشیمہ نکل آیا جیسا کہ معمولی زچگی میں ہوتا ہے۔ ۱۹ نومبر کو یعنی ۳۸ دن بعد اس نے ایک دوسری بچی جنی جو خوب نمو یافتہ اور کامل میعاد کی تھی۔ گو کہ اغشیہ کے پھٹنے سے قبل جنینی حرکات محسوس ہوتی تھیں لیکن یہ بچی مردہ مولود پائی گئی۔ پوسٹل وائٹ[2] (Postlethwaite) نے ایک کثیر الولادت عورت (multipara) کا واقعہ درج کیا ہے کہ اس نے ۲۴ فروری کو ایک ۶ پونڈ وزن کا بچہ جنا لیکن رحم میں ایک اور بھی بچہ محسوس کیا جا سکتا تھا۔ ماں کو آدھ آدھ گھنٹہ کے وقفہ سے ۱۰ گھنٹہ تک اور اس کے بعد طویل تر وقفوں سے ۲۴ گھنٹہ تک شدید مابعد درد (after-pains) ہوتے رہے۔ ۱۴ دن کے بعد اس کو اٹھنے کی اجازت دی گئی اور ۴ اپریل تک وہ اپنے فرائض خانہ داری انجام دیتی رہی۔ پھر اس نے ایک لڑکی جنی جو ½۶ پونڈ وزن کی تھی۔ دونوں بچے تندرست رہے۔ ان دو پیدائشوں کے درمیان ۳۹ دن کے طویل وقفہ کے علاوہ ایک اور دلچسپ امر یہ ہے کہ پہلے بچے کی پیدائش کے بعد باوجودیکہ قوی اور متواتر دردِ زہ ہوتا تاہم یہ دوسرے بچہ کو اپنی جگہ سے نہ اکھاڑ سکا۔

تکوین جنین علی الجنین کی تائید میں جو واقعات پیش کئے جاتے ہیں ان میں سے ان واقعات کی جنہیں مختلف حمول کے درمیان بظاہر دو تین ماہ سے زیادہ وقفہ نہیں گزرتا توجیہ اس طرح کی جا سکتی ہے کہ ان کو معمولی توامی حمل سمجھ لیا جائے جس میں پہلے جنین کے خارج ہونے کے بعد دوسرا جنین باقی رہتا ہے اس سے طویل تر وقفہ بھی ناممکن چیز نہیں ہے اور اس صورت میں پیچھے رہ جانے والے جنین کے نمو کو اس کا ساتھی جو کہ زیادہ سازگار حالت میں ہوتا ہے بہت حد تک روک دیتا ہے۔ اگر جنین کی پختگی ہی قدرتی وضع حمل کا سبب محرکہ ہے جیسا کہ بعض فرض کرتے ہیں تو یہ سمجھنا آسان ہے کہ کیونکر ایک ناپختہ بچہ جس کی ناپختگی

[1] Brit. Med. Journ., 1886.

[2] Ibid., 1913.

کسی ذاتی نقص کی وجہ سے نہیں ہوتی. حمل کی طبعی مدت کی حدود کے بعد ایک بڑی مدت تک رحم میں پڑا رہتا ہے۔ تیسرے ماہ کے اختتام کے قریب غشاء ساقط صادق اور غشاء ساقط منعکس کا التیام مکرر حمل کی راہ میں ایک حقیقی رکاوٹ حائل کر دیتا ہے۔ اور اس وقت اور اس کے بعد ایک اور وقت یہ حائل ہو جاتی ہے کہ مبیض اور بیضی قناتیں رحم کے لحاظ سے ایک خاص مقامیت اختیار کر لیتی ہیں۔ ان رکاوٹوں کی وجہ سے اور نیز اس وجہ سے کہ دوران حمل میں تبویض تقریباً ہمیشہ منقطع ہو جاتی ہے، بیان کردہ تکوین جنین علی الجنین کے ان واقعات کو کہ جن میں دو قابل حیات بچوں کی پیدائشوں کے درمیان پانچ چھ ماہ کا وقفہ پایا جاتا ہے تسلیم کرنا نہایت ہی دشوار ہو جاتا ہے جس طرح دوسرے منفی قضیوں کو ثابت نہیں کیا جا سکتا اسی طرح تکوین جنین علی الجنین کے وقوع کو غلط ثابت تو نہیں کیا جا سکتا، لیکن اس کے امکان کو قریب قریب مفقود سمجھا جا سکتا ہے۔

جنین کی موت فی الرحم۔ کبھی ایسا ہوتا ہے کہ جنین رحم کے اندر ہی مر جاتا ہے، اور ایک کم و بیش طویل مدت تک پڑا رہتا ہے۔ اگر اس کا ماحول صحیح و سالم رہے تو ہوا اور جراثیم پہنچنے نہیں پاتے۔ اور لاش میں گندیدگی ہوئے بغیر تعطین یا تحنیط واقع ہو جاتی ہے۔ اگر جنین کا نمو پہلے ماہ سے متجاوز نہ ہوا ہو تو تازہ تکوین یافتہ بافتیں منہدم ہو جاتی ہیں۔ چنانچہ جب جنین خارج ہوتا ہے تو ساخت کا کوئی شائبہ دکھائی نہیں دیتا۔ رحمی حمل کے اس سے زیادہ متاخر زمانہ میں صرف یہ ہوتا ہے کہ جلد کی تعطین ہو جاتی ہے اور جلد یا تو آبلوں کی صورت میں اٹھ آتی ہے یا بالکل ہی اتر جاتی ہے۔ اور جنین باقی ہر طرح سے خاصی اچھی طرح معفون رہتا ہے۔ بعض مثالوں میں جنین کی تحنیط ہو جاتی ہے۔ اور وہ ایک
پچکا اور خشک منظر پیش کرتا ہے اس قسم کا ایک واقعہ شلن برگ[1] (Schellenburg) نے 145
بیان کیا ہے۔ ایک عورت کو ۲۰ جون سے حیض آنا بند ہو گیا۔ نومبر کے آغاز میں اس نے بچہ محسوس کیا۔ ۱۲ مئی ۱۸۷۰ء میں اس نے ایک چھ ماہ کا جنین جنا جو دب کر چپٹا ہو گیا تھا اور محفوظ شدہ حالت میں تھا۔ یہ موت سے چھ ماہ بعد تک رحم ہی میں پڑا ہوا تھا۔ گیرگو[2] (Garrigues) نے ایک ۲۷ سال کی عمر کی عورت کا واقعہ بیان کیا ہے۔ آخری حیض سے ۹ ماہ بعد ایک جنین اور

ا Arch. f. Gynäkol., 1877.

۲ American Journal of Obstetrics, 1884

ایک مشیمہ بالکل تازہ حالت میں خارج ہوئے۔ جنین نمو کے چھٹے ماہ کے ختم کے قریب تھا۔ یہ جلد اتر گئی تھی۔ اور نرم حصے مذبول تھے۔ ہیگمین[1] (Hagmann) نے ایک واقعہ درج کیا ہے، جس میں آخری حیض سے ۱۴۴ دن بعد قیصری شگاف کے ذریعہ ۱۶ انچ لمبا جنین نکالا گیا۔

جن توامی ولادتوں کے درمیان دو تین ماہ سے زیادہ تک کا وقفہ حائل ہو اور ایک مردہ جنین محبوس رہا ہو ان کی طبی قانونی بحث نظری اہمیت رکھتی ہے نہ کہ عملی۔ جن مقدمات میں یہ حالتیں زیر بحث آتی ہیں، وہ یہ ہیں کہ کوئی عورت اپنے خاوند کی موت یا غیاب کے بعد سات یا آٹھ ماہ کے اندر ایک بظاہر خوب نمو یافتہ بچہ جنتی ہے جو پیدا تو زندہ ہوتا ہے لیکن پیدائش کے بعد جلد ہی مر جاتا ہے۔ اور پھر اس کے دو تین ماہ بعد ایک اور بچہ جنتی ہے۔ یہ بھی کامل نمو یافتہ ہوتا ہے اور زندہ رہتا ہے۔ اس صورت میں وارث قانونی دوسرے بچہ کی صحیح النسبی کے متعلق تنازع کر سکتا ہے۔ مزید براں اگر کسی عورت کے خاوند کو غائب ہوئے آٹھ نو مہینے ہوئے ہیں۔ اور اس وقت سے جبکہ خاوند نے اسے چھوڑا ہو ۹ ماہ بعدہ ایک چہار ماہہ جنین جنتی ہے تو اس کی عفت پر اعتراض وارد ہو سکتا ہے۔

عاجل ترین وقت کہ جس میں ایک عورت بچہ جننے کے بعد مکرر حاملہ ہوئی ہے عام طور پر ولادت کے تقریباً ایک ماہ بعد کا زمانہ سمجھا جاتا ہے۔ بونر (Bonnar) بیان کرتا ہے کہ عورت جلد از جلد چودھویں دن بھی حاملہ ہو گئی ہے۔

ولدیت اور ابنیت، قرائنی شہادت کے ذریعہ، اور نیز باپ سے صورت، آواز، اطوار، چال اور دیگر خصوصیتوں کی مشابہت کے ذریعہ دریافت کی جاتی ہے طبی شہادت کا مقصد، بدساختوں، پیدائشی نشانات اور دیگر جسمانی خصوصیتوں کا دقیق معائنہ کرنا ہوتا ہے۔ نوزائیدہ میں ممکن ہے کہ اُن سوالات پر جن پر

[1] Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., 1903

صحیح النسبی کی فصل میں بحث کی گئی ہے غور کرنا پڑے ۔

اگر کسی بچہ کے متعلق یہ بیان کیا جائے کہ جعلی (supposititious) ہے تو طبیب کا یہ فرض ہے کہ وہ بچہ کا معائنہ اس نقطۂ نظر سے کرے کہ اس کو پیدا ہوئے کتنا عرصہ ہو چکا ہے اور فرضی ماں کا معائنہ حالیہ وضع حمل کی امارات کے لئے کرے۔ اگر جعلسازی اس قدر کامیابی سے انجام دی گئی ہو کہ شک پیدا ہونے سے قبل ولادت کو (جب کہ وہ عورت گزشتہ زمانہ میں ایک پورے میعاد کا بچہ جن چکی ہو) کچھ عرصہ گذر جائے تو ممکن ہے کہ کھوج لگانا آسان نہ ہو۔ تازہ وارداتوں میں غالباً ماں کی حالت اور بچہ کی حالت میں مطابقت نہیں پائی جاتی کیسی عورت کے لئے یہ مشکل ہے کہ وہ عین وقت پر ایک نوزائیدہ بچہ حاصل کرلے۔ لہذا اس امر کی علامات سے کہ بچہ اس سے زیادہ عمر کا ہے کہ جتنا زچگی کی بیان کردہ تاریخ سے پایا جاتا ہے فریب ظاہر ہو جاتا ہے۔ اگر تصنعی ولادت کے بعد تین چار دن کے اندر اندر عورت کا معائنہ کیا جائے تو تازہ وضع حمل کی معمولی امارات موجود ہونی چاہئیں۔ جب طبیب کو کسی زچہ عورت کا معالجہ کرنے کی غرض سے بلایا جائے اور وہ بچہ پیدا ہونے کے بعد پہنچے تو اس کا فرض ہے کہ وہ اس امر کے متعلق اپنا اطمینان کرے کہ اس عورت کا وضع حمل ابھی ہوا ہے اور یہ کہ بچہ تازہ مولود ہے۔ نیز مشیمہ کا بھی معائنہ کرنا چاہئے۔ ایسا کرنا خالص قبالت کاری کے نقطہ نگاہ سے بھی بالکل قدرتی طریق عمل ہے اور اس پر کوئی معقول اعتراض نہیں کیا جا سکتا۔ لیکن اگر ان تفتیشات کو روکنے کی کوشش کی جائے۔ تو اس سے شک پیدا ہوتا ہے ۔ ایسی صورت میں زوردار لیکن تلطف آمیز اصرار سے کام لینا چاہئے۔ اس بیان کا اطلاق امیر اور غریب دونوں پر ہوتا ہے۔ اوّل الذکر میں ممکن ہے کہ کسی جائداد کا جائز تو ارث مخدوش ہو جائے۔ ثانی الذکر میں کسی مفروضہ عصمت دری کرنے والے سے بجبر روپیہ وصول کرنا منظور ہوتا ہے۔ اگر مطلوبہ امتحان کی اجازت دینے سے قطعی انکار کر دیا جائے تو اس صورت میں یہ بیان کر دینا چاہئے کہ اسکے کیا کیا امکانی نتائج ہو سکتے ہیں۔ اگر پھر بھی اعتراض

کیا جائے تو اس امر کا شک کرنے کے لئے معقول وجہ ہے کہ معاملہ نیک نیتی پر مبنی نہیں ہے -

باقی ماندگی

(Survivorship)

جب دو یا زیادہ افراد جن کا کسی جائداد کی وراثت سے حقیقتاً یا قیاساً تعلق ہو ایک ہی حادثہ سے ہلاک ہو جائیں تو اس امر کی تحقیقات کہ ان دونوں افراد میں سے پہلے کون ہلاک ہوا ہے دوسرے افراد کے لئے جن کا وراثت سے تعلق ہو بہت اہمیت رکھتی ہے۔ عینی شہادتوں کی عدم موجودگی میں یہ تحقیقات بہت حد تک قیاس پر مبنی ہوتی ہے۔ لہذا عدالتہائے مرافعہ (courts of appeal) کے فیصلہ جات ثانی میں ہر مقدمہ کی تحقیقات کو عمومی وجوہات مثلاً اختلاف عمر و اختلاف صنف پر مبنی نہیں کیا جاتا بلکہ ان واقعات کے موازنہ پر مبنی کرنے کا رجحان پایا جاتا ہے جو پایہ ثبوت کو پہنچ سکیں۔ اگر فیصلہ کن شہادت موجود نہ ہو اور دو اشخاص ایک جیسے حالات کے ماتحت اور ایک ہی سبب سے مرے ہوں تو ان کو جہاں تک کہ وراثت کا تعلق ہے بیک وقت مرا ہوا تصور کیا جاتا ہے۔

اس امر کے متعلق کہ جب مشترکہ موت کا سامنا ہو، تو ایک شخص دوسرے شخص کی بہ نسبت زیادہ دیر تک زندہ رہنے کا کہاں تک امکان رکھتا ہے، متعدد قواعد مرتب کئے گئے ہیں۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ عمر، صنف، جسمانی طاقت اور مخصوص وسائل سے (مثلاً تیرنے کی استعداد سے اس وقت جبکہ موت کا سبب اغراق ہو) ایسی زبردست قیاسی شہادت حاصل ہوتی ہے کہ اس سے باقی ماندگی دریافت کرنا حق بجانب ہے۔ ان مختلف حالات کے کیا کیا امکانی اثرات ہیں یہ امر اسالیب موت کی بحث کے دوران میں بیان کیا گیا ہے -

باب ۱۷

بیمۂ زندگی

(Life Assurance)

بیمہ کمپنیاں طبیبوں کی خدمات سے دو حیثیتوں سے تمتع اندوز ہوتی ہیں۔ ایک چیف میڈیکل افسر (chief medical officer) کی حیثیت سے اور ایک طبی ممتحن (medical examiner) کی حیثیت سے۔ ہر کمپنی کے پاس ایک مشیر اعلیٰ (chief adviser) اور لاتعداد طبی ممتحن ہوتے ہیں۔ مشیر اعلیٰ ان درخواست کنندگان کے متعلق ممتحن کا کام انجام دیتا ہے جو صدر دفتر میں حاضر ہوتے ہیں۔ اسکے علاوہ وہ ملک کے مختلف حصص کے طبی ممتحنوں سے جو رویدادیں آتی ہیں ان کو پڑھتا اور ان پر تنقید کرتا ہے۔ نیز وہ جماعت منتظمان (Board of Directors) کیلئے ایک مددگار (assessor) یا رفری (referee) کا کام کرتا ہے۔ اور ان کو کسی علامت مرض کی اہمیت یا کسی شخصی یا خاندانی سرگذشت کی تفاصیل کی اہمیت کے متعلق مشورہ دیتا ہے جب کوئی زندگی کسی مرض کی موجودگی یا اسکی جانب میلان کی وجہ سے اول درجہ کی متصور نہ ہو سکے۔ تو دستور یہ ہے کہ درخواست کنندہ کی اصلی عمر میں چند سال کا اضافہ کر کے اسی نسبت سے زائد سالانہ رقم کا مطالبہ کیا جاتا ہے۔ ان حالات میں مشیر اعلیٰ کو زندگی کی اغلب مدت کا اندازہ لگانا ہوتا ہے۔ اور اس امر کو دریافت کرنا کہ درخواست کتنی عمر کے مطابق منظور کی جائے نیز اس کو اپنا اطمینان کرنا ہوتا ہے کہ ممتحنوں کی روئدادوں میں کوئی غلطی یا فرو گذاشت نہیں ہے۔ اور اگر اس کو کسی تناقض کا پتہ چل جائے تو اس کا فرض ہے کہ دفتر کی معرفت یا براہ راست خط و کتابت کر کے ممتحن سے جواب طلب کرے۔

طبی ممتحنوں کا انتخاب یا تو محاسب (actuary) کرتا ہے یا کسی قصبہ

میں کمپنی کی شاخ قائم ہو تو وہاں کا عہدے دار کرتا ہے۔ بڑے شہروں میں تمام
درخواست کنندگان کو ایک ہی طبیب کے پاس بھیجا جاتا ہے اور وہ اس طرح سے
کمپنی کا ملازم بن جاتا ہے۔ دیہاتی مقامات میں کوئی بھی طبیب جس کی جائے رہائش
درخواست کنندہ کی جائے رہائش سے قریب واقع ہو انتخاب کیا جا سکتا ہے۔ اگر
بیمہ بہت بڑی رقم کا ہے تو ممکن ہے کہ دفتر یہ مطالبہ کرے کہ درخواست کنندہ
کا امتحان دو طبیب انجام دیں بداہتہً اس کا مقصد یہ ہے کہ جسم کے مختلف اعضا
کی طبعی حالت اور فعلیاتی قوت کی حتی الامکان پوری پوری تحقیق کر لی جائے۔ 47
اس تحقیق کی انجام دہی کے لئے یہ ضروری ہے کہ دونوں طبیب جدا جدا امتحان کریں
لیکن اس طریق کار کی بالعموم تخصیص نہیں کی جاتی اور چونکہ حریف دفتروں کے
درمیان مقابلہ بہت سخت ہوتا ہے لہٰذا کارندے (agents) طبیبوں کا مشترکہ امتحان
پسند کرتے ہیں مبادا دو جداگانہ امتحان کرانے کا خوف درخواست کنندہ کے لئے مانع ثابت ہو۔

مختلف روئدادوں کے متعلق بیمہ دفتروں کی ضروریات

مختلف ہوتی ہیں۔ بعض دفتر مکمل طور پر ترتیب دیئے ہوئے مطبوعہ نقشے (forms) مہیا کرتے
ہیں جن میں تمام ضروری استفسارات بنائے ہوتے ہیں اور جن میں شخصی اور خاندانی
سرگزشت کے متعلق ایک طویل سوالات کا سلسلہ ہوتا ہے جن کا درخواست
کنندہ کو جواب دینا ہوتا ہے۔ یہ استفسارات ایک ایک کر کے کئے جاتے
ہیں اور طبیب ان کے جوابات اسی وقت جبکہ امتحان کیا جاتا ہے درج کر لیتا ہے
مکمل سوالات کے مطبوعہ فارم کا ایک صریح فائدہ یہ ہے کہ ان کے دستور العمل
طرز (routine) کی وجہ سے کم و بیش نازک نوعیت کے سوال پوچھے جا سکتے ہیں
بغیر اس کے کہ کوئی رنجش پیدا ہو۔ مذکورہ بالا امر کا آتشک پر بالخصوص اطلاق
ہوتا ہے جس کی خفی شکل میں موجودگی کے امکان کو ہرگز نظر انداز نہ کرنا چاہیے
بعض دفتر طبیب کو درخواست کنندہ کے امتحان کے لئے جو خط بھیجتے ہیں اس میں
بڑے بڑے موضوع جن کے متعلق آگہی کی ضرورت ہے واضح
کر دیئے جاتے ہیں اور اس کو ہدایت کی جاتی ہے کہ وہ ایک
روئداد بہم پہنچائے جو محاسب کے نام خط کی شکل میں ہو۔ جب یہ صورت ہو

تو درخواست کنندہ خاندانی اور شخصی سرگزشت کا بیان خود پُر کرتا ہے اور دفتر کو براہ راست بھیج دیتا ہے۔

یہ تمام بیانات مکمل طور پر صحیح ہونے چاہئیں۔ کوئی غلطی خواہ یہ غیر ارادی بھی کیوں نہ ہو، معاہدہ کو کالعدم کر دیتی ہے۔ علاوہ دیگر سوالات کے درخواست کنندہ کو یہ پوچھا جاتا ہے کہ اُسے کسی دیگر دفتر نے نامنظور تو نہیں کیا۔ اس سوال کے براہ راست جواب سے بچنے کی ذرا سی کوشش بھی معاہدہ شکن ہو گی۔ ایک مثال میں درخواست کنندہ نے یہ بیان کیا تھا کہ وہ ہنوز دیگر دفاتر سے خط و کتابت کر رہا ہے لیکن یہ نہ کہا کہ جن دفاتر کو اس نے سابق میں درخواست دی تھی ان کے ہاں سے وہ نامنظور ہو چکا ہے"۔ ایک اور نے صرف یہ بیان کیا کہ وہ دیگر دفاتر میں بھی بیمہ کرا چکا ہے لیکن یہ نہ کہا کہ وہ کئی دفاتر کے ہاں سے نامنظور بھی ہو چکا ہے۔ ان دونوں مقدمات میں عدالت نے معاہدہ کو کالعدم قرار دیا (Lond. Ass. Co., v. Mansel, II Ch. D. 370 ; Gen. Prov. Ass. Co., ex-parte Daintree, W . R . 1870. "تمہارا معمولی طبی مشیر کون ہے" اس سوال میں وہ شخص بھی شامل ہے جو کہ عین اسوقت پر اس کا معالج ہو خواہ وہ معمولی مشیر نہ بھی ہو۔ برخلاف اس کے یہ کافی نہیں ہے کہ جس طبیب سے اتفاقیہ سب سے آخر میں مشورہ طلب کیا گیا ہو۔ اسی کا نام لے لیا جائے اور معمولی طبی مشیر کا نام حذف کر دیا جائے۔ کیوں کہ سوال کا مقصد اسی طبی مشیر کا نام دریافت کرنا ہے جو درخواست کنندہ کی صحت کے متعلق رائے دینے کا سب سے زیادہ اہل ہو (Everitt v. Desborough, 5 Bing. 503)۔ اگر درخواست کنندہ بیان دیتے وقت سچائی کے ساتھ یہ کہے کہ اسے کبھی کوئی شدید مرض نہیں ہوا لیکن بعد میں قبل اس کے کہ بیمہ پر عملدرآمد ہو وہ خطرناک طور پر بیمار ہو جائے اور دفتر کو خبر نہ کرے (Canning v. Farquhar L. R.; Q.B.D. 1886) تو معاہدہ کالعدم ہو جاتا ہے۔ تاہم چونکہ کسی مرض کی علامات کی تاویل نہ جاننا قابل معافی ہے لہذا اسکے لئے کچھ نہ کچھ رعایت کرنا ضروری ہے۔ مثلاً ایک درخواست کنندہ نے ایک سوال کے جواب میں بیان کیا کہ اس کو نقرس کبھی نہیں ہوا حالانکہ وہ اس مرض کی بعض علامات میں مبتلا رہ چکا تھا اور وہ اس سے لاعلم تھا۔ عدالت نے یہ فیصلہ دیا کہ چونکہ ان علامات کی

نوعیت کو صرف ایک طبیب ہی شناخت کر سکتا ہے ، لہذا درخواست کنندہ سے معقول طور پر یہ توقع نہیں کی جا سکتی کہ وہ ان کو جانتا ہو (Fowkes v. Manch.and Lond. Ass. Co. 3 F&F.440) - درخواست کنندہ پر جو دیگر سوالات کئے جاتے ہیں ان کے صحیح معنی اور تاویل عدالتی تحقیقات کا مبحث رہے ہیں خون تھوکنے سے ایسا خون تھوکنا مراد لیا گیا ہے جو حیات کو کوتاہ کرنے کا رجحان رکھنے والے مرض کا نتیجہ ہو۔ ایسا نہیں کہ جو اتفاقی سبب کا یا معدہ کے عارضی تقرح کا نتیجہ ہو۔ اس طرح کھانسی سے مراد ایسی کھانسی ہے جو بنیئی اصل کی ہو اور ایک عارضی تکلیف نہ ہو۔ مزید براں جب کسی درخواست کنندہ نے یہ بیان دیا ہے کہ اس کو کبھی نوبت نہیں ہوئی اور نہ اس میں نوبت کا رجحان پایا جاتا ہے تو اس سے یہ مراد نہیں لی گئی کہ اس کو کبھی نوبت ہوئی ہی نہیں بلکہ یہ کہ وہ بنیاً یا عادتاً اس میں مبتلا نہیں ہے۔ اس مثال میں بیمہ کی تاریخ سے کئی سال قبل درخواست کنندہ کو گرنے کے وجہ سے دو صرعی نوبتیں ہوئی تھیں۔ جن میں بہت تھوڑا وقفہ تھا۔ لیکن جیوری (Jury) کو اطمینان تھا کہ ان نوبتوں کا کبھی توالی نہیں ہوا (Chattok v Shaw, I M.&R. 498 ; Shilling v. The Acc. -Death Ass. Co., I F. &F. 116)

بوقت امتحان درخواست کنندہ اور ممتحن کے سوا کوئی شخص موجود نہ ہونا چاہئے۔ سب سے پہلی چیز جو ملاحظہ کرنی چاہئے وہ درخواست کنندہ کی عمومی صورت وشکل ہے۔ یعنی چہرے کا رنگ، جلد کا باصحت یا ضعفی رنگ۔ ناک یا گالوں پر کلاں شدہ وریدوں کا وجود۔ آنکھوں میں سرخی یا پھیلاوٹ اور نیز عمومی بشرہ یعنی آیا وہ کسی پوشیدہ طبیعی مرض یا ذہنی تشویش کا پتہ دیتا ہے یا نہیں۔ پھر معلوم کرنا چاہئے کہ درخواست کنندہ کی چال کیسی ہے شنجیت، عدم التساق یا طبعی حالت سے کوئی دیگر اختلاف موجود ہے یا نہیں۔ زبان، مسوڑوں، دانتوں اور حلق کی حالت کیا ہے۔ فتق (hernia) یا کسی دیگر مرضیاتی حالت کی موجودگی کے متعلق سوالات کرنا چاہئیں۔ قد اور وزن اور چوتھی پسلی کے لیول پر شہیق اور زفیر دونوں حالتوں میں سینہ کا ماپ دریافت کرنا چاہئے۔ سینہ کا پھیلاؤ دیکھنا چاہئے اور رفتارِ تنفس اور

رفتارِ نبض گننی چاہئیے - یہ دونوں درخواست کنندہ کے عصبی اضطراب سے متاثر ہوتی ہیں - (جلد کو برہنہ کر کے) قلب اور پھیپھڑوں کا معمولی طریقہ پر امتحان کرنا چاہئیے، اور نتائج درج کرنے چاہئیں - پھیپھڑوں کے راسوں کے آگے اور پیچھے کی جانب خاص توجہ مبذول کرنا چاہئیے بالخصوص اگر خاندانی سرگذشت سل (phthisis) کی طرف اشارہ کرتی ہو - اصوات تنفس کی کیا نوعیت ہے - کرختگی، حویصلی تنفس، اور زفیری آواز کی اطالت، نیز راسوں کی بڑھی ہوئی گمک (resonance)، یہ سب اہمیت رکھتی ہیں - اگر کوئی قلبی خریر (murmur) موجود ہو تو یہ درج کرنا چاہئیے کہ کونسے مصراع مبتلا ہیں - خریر کی کیا نوعیت ہے - اگر خریر، طبلقی بازروی (mitral-regurgitant) کی ہو تو یہ تحقیق کرنا انسب ہے کہ یہ پیچھے کی جانب کہاں تک سنائی دیتی ہے - کیونکہ اس سے بازروی کے درجہ اور بنابریں ضرر کی اہمیت کا پتہ ملتا ہے - بعض عصبی المزاج اشخاص میں مسماع الصدر لگانے پر ایک آواز سنائی دیتی ہے جو عضوی اصل کے خریر سے ملتی جلتی ہے - لیکن جب امتحان کی اہم نوعیت کا وہ اثر جو عصبی نظام پر پڑتا ہے زائل جاتا ہے تو یہ آواز بھی غائب ہو جاتی ہے - یہ ذہن نشین رکھنا چاہئیے کہ بسا اوقات مضبوط اور تندرست آدمی بھی اس طرح غیر معمولی درجہ تک متاثر ہو سکتے ہیں اور اگر انھوں نے پہلے کبھی امتحان نہ کرایا ہو اور ان کا یہ خیال ہو کہ ممکن ہے کوئی پوشیدہ مہلک مرض ہو جائے تو ان کو بڑا ذہنی اضطراب ہوتا ہے - اگر خاندانی یا ذاتی سرگذشت نقرس کی ہے تو نبض کا تناؤ اور روزانہ قارورہ کی مقدار اور رنگ ملاحظہ کرنا چاہئیے - تمام مثالوں میں قارورہ کے اس نمونہ کا بھی معائنہ کرنا چاہئیے جو ممتحن کے روبرو کیا جائے اور ایسی احتیاطات کے ساتھ خارج کیا جائے کہ فریب کا امکان نہ رہے - اس کا خالی آنکھ (naked-eye) کے سامنے کیا منظر ہے - اسکا تعامل اور کثافت نوعی کیا ہے - آیا البومن موجود ہے یا نہیں - اگر البومن (albumen) موجود ہوا تو قارورہ کا بیانک کے لیے خردبینی معائنہ کرنا چاہئیے - ادھیڑ عمر اور اس سے زیادہ عمر کے درخواست کنندگان کی صورت میں اور بالخصوص اگر قارورہ پھیکے رنگ اور کم کثافت نوعی کا ہو تو البومن کے سرسری امتحان کے علاوہ کچھ اور بھی کرنا چاہئیے

جیسا کہ خوب معلوم ہے۔ ذرّاتی گردہ (granular kidney) کے مریضوں کا قارورہ ہلکے رنگ اور کم کثافت نوعی کا ہوتا ہے اور اکثر اوقات اس میں البومن کا محض شائبہ ہی ہوتا ہے بلکہ بعض اوقات البومن بالکل نہیں ہوتا۔ اگر نائٹرک ترشہ کے ذریعہ ایسے قارورہ کا امتحان بے پرواہی سے کیا جائے تو یہ البومن سے مبرا معلوم ہوگا حالانکہ ممکن ہے کہ اس میں ذرا سا البیومن موجود ہو۔ ترشہ کا اضافہ کرنے کے بعد نمونہ کو پانچ دس منٹ تک پڑا رہنے دینا چاہئے اور اس کا دوبارہ معائنہ کرنا چاہئے۔ امتحانی نلی کو قارورے سے تقریباً پورا بھر کر کے بالائی طبقہ کا اُبالنا مرجح ہے اگر اس جگہ جہاں حرارت پہنچائی جاتی ہے ایک خفیف سا غبار پایا جائے اور اسٹیک ایسڈ (acetic acid) کے چند قطرات کا اضافہ کرنے سے یہ قایم رہے تو اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ البومن کی ایک نہایت ہی قلیل مقدار موجود ہے۔ اگر قارورہ قلوی تعامل رکھتا ہو تو اس کو اُبالنے سے قبل اس میں ایسٹک ترشے (acetic acid) کے چند قطرات ملاکر اسکے تعامل کو خفیف ترشئی بنا لینا چاہئے۔ اگر کثافت نوعی ۱۰۲۰ سے زیادہ ہو یا ایسی صورت میں جبکہ ذیابیطس کا شک کرنے کی وجوہات ہوں قارورہ کا شکر کیلئے امتحان کرنا چاہئے جب قارورہ میں البیومن ہو یا کوئی دیگر غیر طبعی حالت پائی جائے تو زندگی کی اغلب مدت کیا ہوتی ہے یہ بحث اس کتاب کے دائرہ سے خارج ہے۔

بعض اوقات بیمہ کمپنیاں درخواست کنندہ کے طبّی مشیر کو ایک علیحدہ نقشہ ارسال کر دیتی ہیں اور ان سوالات کا جو ان میں چھپے ہوتے ہیں جواب چاہتی ہیں طبّی مشیر کو یہ اختیار حاصل ہے کہ ان کا جواب دے یا نہ دے لیکن اگر وہ جواب دے اور فیس قبول کرلے تو وہ پابند ہو جاتا ہے کہ مکمل طور پر اور بے کم و کاست جواب دے۔ بعض دفاتر طبّی مشیر سے استفسار کرنے کے لئے درخواست کنندہ کی اجازت مانگتے ہیں اور اگر اجازت حاصل ہو جائے تو فرض کر لیا جاتا ہے کہ مشیر طبی اس مخصوص صورت میں فنی راز داری کے فریضہ سے سبکدوش ہو گیا ہے۔ دفتر، طبی رفیری (referee) کے جوابات کو راز میں

رکھنے کا وعدہ کرتا ہے۔ لیکن اس دستاویز کو مراسلۂ مخفی (privileged commu-nication) قرار نہیں دیا جا سکتا اور اگر بعد میں کارروائی کی جائے تو دستاویز کو عند الضرورت پیش کیا جا سکتا ہے۔ اس چیز کا اطلاق غیر فنی رفیری پر بھی ہوتا ہے۔ (Mahoney v. Nat. Widows' Fund, 19 W. K. 722) طبی رفری (referee) اس معلومات کے عوض میں جو وہ بہم پہنچاتا ہے کوئی فیس وصول نہیں کر سکتا تاوقتیکہ دفتر اور اس کے مابین اس مطلب کا معاہدہ نہ ہو چکا ہو۔

زمانہ ماضی میں یہ دستور تھا کہ بیمہ دفتر، خودکشی سے واقع شدہ موت کو بیمہ سے خارج قرار دیتے تھے۔ یہ تحدید اس امر کا موجب ہوئی کہ جنون کے متعلق جو کہ فعل خودکشی کا ایک سبب ہے طبی قانونی بحث پیدا ہو گئی۔ یہ طے ہو چکا ہے کہ لفظ "خودکشی" کے معنی (homicidium sui ipsius) یعنی موت بدست خود ہیں نہ کہ محض مجرمانہ خودکشی "اس معنی میں ہر ایسی واردات شامل ہے جس میں کوئی آدمی اپنے فعل کے عواقب کو جانتے بوجھتے ہوئے اور اس فعل کو ارادتاً کرتے ہوئے اور اس کے عواقب کو پیدا کرنے کا مقصد رکھتے ہوئے اپنے آپ کو ہلاک کر دے" (Clift v. Schwabe, 3 C.B. 437) زمانہ موجودہ میں یہ دستور ہے کہ باقی ذمہ داریوں کے ساتھ خودکشی کا بھی ذمہ لیا جاتا ہے، اس شرط کے ساتھ کہ خودکشی کے سبب سے موت ایک خاص وقت سے پہلے واقع نہ ہو جو کہ اکثر دفاتر نے پہلے پریمیم کی ادائی سے ایک سال بعد مقرر کیا ہے۔ دوسرے لفظوں میں، بیمہ کی تاریخ منظوری کو ایک سال گزر جانے کے بعد جو قسط واجب الادا ہوتی ہے اگر اس کو ادا کر دیا جائے اور بیمہ کی پہلی تجدید کر دی جائے تو دفتر خودکشی کی ذمہ داری لے لیتا ہے۔ اور خودکشی واقع ہو جانے کی صورت میں بیمہ کی رقم ادا کر دی جاتی ہے۔ بعض دفاتر قدیم رواج پر ہی عمل کرتے ہیں یعنی اگر بیمہ دار خودکشی کر لے تو اس کے قانونی قائم مقام کو صرف وہ زر واپس کر دیتے ہیں جو کہ پریمیم (premium) کی صورت میں ادا کیا جا چکا ہے۔

درخواست کنندہ کو اپنی ذاتی اور خاندانی سرگذشت کے متعلق جو معلومات مہیا کرنی پڑتی ہے وہ حسب ذیل ہے۔

نام، عمر، معاشرتی رتبہ - کیا آپ کو ذیل کے امراض میں سے کبھی کوئی مرض ہوا۔ دوران سر (dizziness)، بے ہوشی، صرع، کسی قسم کا تشنج، سکتہ، شلل، نظام عصبی کا کوئی مرض شدید یا متواتر دردِ سر، کانوں سے اخراج۔ مزمن کھانسی، یا بیٹھی ہوئی آواز، دمہ یا دیگر صدری امراض خون تھوکنا۔ قلب کا مرض یا فعلیاتی اختلال۔ بدہضمی، مرض اسہال کلوی یا کبدی یا امعائی قولنج۔ بواسیر، ناسور اور معا مستقیم کے دیگر امراض گردہ یا مثانہ کے امراض تضیق، آتشک اور دیگر زہروی امراض (venereal diseases) یا پیریا یا دیگر تپ ریثیت (rheumatism) یا نقرس (gout)۔ سرطان، سلعہ، قرح، یا مزمن جلدی مرض۔ اگر آپ کو کوئی اور علالت یا مرض یا تضرر ہوا ہو تو اس کی پوری پوری تفاصیل بیان کریں۔ کیا آپ کا وزن حال میں بڑھ گیا ہے یا کم ہوگیا ہے۔ آپ نے سب سے آخر کس سے مشورہ طلبی کی تھی اگر الکحل، تمباکو اور دیگر مخدرات کے استعمال کی عادت تھی یا اب ہے تو بیان کریں۔ کیا آپ کبھی کسی دارالمجانین یا پناہ گاہ میں زیر علاج رہے ہیں۔ کیا اس وقت آپ کی صحت جہاں تک کہ آپ کو معلوم ہے یا جہاں تک آپ باور کرتے ہیں، اچھی ہے۔

خاندانی سرگذشت میں درخواست کنندہ کے باپ اور ماں کی عمر اور ماں اور باپ کے والدین کی عمر، درخواست کنندہ کے بھائیوں اور بہنوں کی عمر اور نیز ان سب کی صحت کا بیان شامل ہے۔ اگر ان میں سے کوئی مرگیا ہو تو بوقت موت اس کی کیا عمر تھی اور سبب موت کیا تھا اور مہلک مرض کی کیا مدت تھی، یہ چیزیں پوچھی جاتی ہیں۔

بیمہ زندگی میں طبّی روئداد کا نقشہ

ڈیل ڈول اور عمومی شکل وصورت ؟
ظاہرا عمر؟
وزن ؟
قد وقامت ؟
شکم کا ناپ ناف کے لیول (level) پر ؟

سینہ کا ناپ چوتھی پسلی کے لیول پر پورے شہیق میں؟
گہرے زفیر میں ؟
سانسوں کی تعداد فی منٹ ؟
کیا تنفس کی نوعیت میں کوئی غیر طبعی چیز ہے؟
کیا اعضاء تنفس کے حاد یا مزمن امراض کا کوئی

علامت ہے ؟

150 نبض کا تناؤ اور رفتار بیان کریں؟

کیا یہ نبض متفتر (intermittent) ہے یا باقاعدہ؟

کیا قلب یا عروق دموی میں مرض کی علامت ہے؟

قارورہ کا جو بوقت امتحان خارج کردہ ہو امتحان کریں اور بیان کریں کہ یہ

شفاف ہے یا گدلا ؟ اس کا رنگ ؟

اس کی کثافت نوعی ؟ اس کا تعامل ؟

البومن موجود ہے ؟ شکر موجود ہے ؟

خردبینی امتحان کا نتیجہ کیا ہے ؟

درخواست کنندہ سے کیا آپ ذاتی طور پر شناسا ہیں۔ اگر ہیں تو کتنے عرصہ سے ؟

کیا کوئی جسمانی بدساختگی یا بصارت اور سماعت کی خرابی موجود ہے یا کسی عضو کا کوئی حصہ مفقود ہے ؟

کیا درخواست کنندہ پر تجدید رسانی کامیابی کی گئی ہے یا کیا ہو رہی ہے؟

کیا اس کو فتق ہے ؟

کیا اس کے پیشہ یا سکونت میں کوئی ایسی چیز تو نہیں جو ذمہ داری پر اثر انداز ہوتی ہو؟

کیا آپ کو اطمینان ہے کہ درخواست کنندہ کی طبعی حالت، عادات، ذاتی یا خاندانی سرگذشت میں کوئی ایسی چیز نہیں ہے جو اس کی زندگی کو کوتاہ کرنے کا رجحان رکھتی ہو اور صاف طور پر بیان نہ کی گئی ہو ؟

کیا آپ درخواست کنندہ کے بیمہ کیلئے غیر مشروط طور پر سفارش کرتے ہیں؟

موت کا بار ثبوت بیمہ شدہ کے نمائندگان کے سر پر ہے کہ وہ بیمہ کنندہ کے سامنے تسلی بخش شہادت پیش کریں (Strong v. Harvey, 3 Bing. 304; Braunstein v. Acc. Death Ass. Co., I B. & S. 782) معمولی واقعات میں ضلع کے رجسٹر یا عمومی رجسٹر کے اندراج کی ایک مصدقہ نقل درکار ہوتی ہے، لیکن بالعموم متوفی کے طبی مشیر کی جانب سے ایک مزید سند کی ضرورت ہوتی ہے جس میں سبب موت اور مدت المرض درج ہو۔

حادثات کا بیمہ

حادثات کے بیمہ سے کمپنیوں کا مقصد ایسے تضرارات یا ایسی موت کا بیمہ کرنا ہے جو صرف اتفاقی سبب سے ہوں۔ لہذا بیمہ میں اس مطلب کے الفاظ شامل ہوتے

ہیں کہ بیمہ مذکور ایسے تضررات پر اطلاق پذیر نہیں ہوتا۔ جو فطری مرض کا یا کمزوری یا مرض سے پیدا شدہ خستگی کا نتیجہ ہوں۔ تضرر سے پیدا شدہ مرض اور مرض سے پیدا شدہ تضرر بالعموم خارج ہوتے ہیں۔ نزاعی صورتوں میں ان تحدیدات کی کیا تاویل کی جائے یہ امر کثرت سے مقدمہ بازی کا منبع ہے۔

مثلاً ایک آدمی کو جو کہ حادثہ کا بیمہ کرائے ہوئے تھا اس وقت جبکہ وہ کسی ندی کو عبور کر رہا تھا، صرع کا حملہ ہوا اور وہ ڈوب گیا۔ دفتر نے بیمہ کی ادائی سے اس بنا پر انکار کر دیا کہ موت کا حقیقی سبب دورہ یعنی مرض ہے۔ لیکن عدالت نے یہ فیصلہ دیا کہ چونکہ موت غرقابی کی وجہ سے ہوئی ہے لہذا باوجود دورہ کا نتیجہ ہونے کے یہ ایک حادثہ کی نوعیت رکھتی ہے۔ اسی طرح کے ایک اور واقعہ میں ایک آدمی کو جبکہ وہ اسٹیشن کے پلیٹ فارم (platform) پر کھڑا تھا دورہ ہوا اور وہ لائن کے وار پار گر پڑا اور ٹرین (train) سے ہلاک ہو گیا۔ اس مقدمہ میں بھی دفتر ہی کو ذمہ دار قرار دیا گیا (Lawrence v. Acc. Assur. Co., L.R. Q. B. D. 1881) ایک بیمہ میں فتق یا کسی دیگر مرض سے واقع شدہ موت خواہ یہ فتق سے براہ راست واقع ہوئی ہو خواہ اتفاقی تضرر اور فتق دونوں سے واقع ہوئی ہو مستثنیات میں شامل تھی۔ بیمہ کرانے والا اتفاقیہ فرش پر گر پڑا اور اس کو انشقاق ہو گیا۔ وہ اس انشقاق کے اثرات سے اور اس عملیہ کے اثرات سے جو اس انشقاق کو دور کرنے کے لئے ضروری تھا مر گیا۔ فیصلہ یہ ہوا کہ موت کا سبب حادثہ ہے نہ کہ مرض فتق (Fitton v. Acc. Death Ass. Co., 17 C. B., N. S., 122) تاہم ایک اور مثال میں بیمہ میں "یا کسی دیگر مرض سے" کے الفاظ کے بعد "یا کسی ثانوی سبب یا اسباب سے" کے الفاظ بڑھا دیے گئے تھے۔ بیمہ کرانے والا سرخباد (erysipelas) سے مر گیا۔ یہ اس کا پاؤں کسی برتن سے اتفاقاً کٹ جانے کے بعد پیدا ہوا تھا۔ عدالت نے دفتر کو مامون قرار دیا چیف بیرن (Chief Baron) نے اختلاف رائے ظاہر کرتے ہوئے یہ فیصلہ دیا کہ بیمہ میں نہ صرف اصل تضرر شامل ہے بلکہ وہ مرض بھی جو اس تضرر سے پیدا ہوا مثلاً کزاز (lockjaw)، نزف (hæmorrhage)، سرخباد (erysipelas) اس میں شامل ہے

(Smith v. Acc. D. Ass Co., L.R. 5.,Ex 302) ذیل کی مثال میں تحدیدی جملوں کی تاویل زیادہ آزادی سے کی گئی ہے۔ ایک بیمہ کرانے والا گر گیا اور اس کا شانہ مخلوع ہو گیا اس کو بستر پر لٹا دیا گیا لیکن بے چینی کی وجہ سے اس کے جسم کو ہوا لگ گئی اور اس کو ذات الریہ (pneumonia) ہو گیا اور وہ اس حادثہ سے ایک ماہ بعد مر گیا۔ اس دوران میں وہ صاحبِ فراش ہی رہا۔ عدالت نے یہ فیصلہ دیا کہ بیمہ کے منشا کی رو سے اس کی موت حادثہ کا نتیجہ ہے (L. R. Q.B.D. 1889)۔ بیمہ میں ایک عام فقرہ دفتر کو ہر ایسے حادثہ کی ذمہ داری سے بری کر دیتا ہے جو بیمہ شدہ شخص کے تضرر کے بدیہی خطرہ میں پڑنے کا نتیجہ ہو۔ چنانچہ ایک بیمہ شدہ شخص دن دہاڑے ریلوے لائن کے پار ایک ایسے مقام سے گزرا جو پار جانے کے لئے مقرر نہ تھا اور ٹرین (train) سے ہلاک ہو گیا۔ عدالت نے یہ فیصلہ دیا کہ دفتر اس کا ذمہ دار نہیں ہے (Cornish v. Acc. Assur. Co., 23 Q. B.D 453)

151 ایکٹ معاوضہ کاریگراں ۱۹۰۶ء (workmen's compensation

act)- اس ایکٹ کے تحت آقا ایسے کاریگروں کو معاوضہ ادا کرنے کے ذمہ دار ہیں جن کو "دورانِ ملازمت میں یا ملازمت سے واقع شدہ حادثہ کے باعث ذاتی تضرر پہنچے"۔ اگر کاریگر ہلاک ہو جائے تو یہ معاوضہ اس کے متوسلین کو ادا کیا جاتا ہے۔

"کاریگر" کی اصطلاح میں بموجب منشائے ایکٹ کے" کوئی ایسا شخص شامل نہیں ہو سکتا جو دستی محنت کے سوا کسی اور کام کے لئے ملازم ہو۔ یا جس کا مشاہرہ ۲۵۰ پونڈ سالانہ سے متجاوز ہو۔ یا جس کی ملازمت اتفاقی نوعیت کی ہو۔ یا جو آقا کے تجارتی یا کاروباری مقاصد کے لئے ملازم نہ ہو۔ یا جو پولیس کی جمعیت کا رکن ہو۔ یا جو فالتو کاریگر outworker ہو۔ یا جو آقا کے خاندان کا رکن ہو اور اس کے گھر میں سکونت پذیر ہو۔ بلکہ اس اصطلاح کا اطلاق مستثنیات مذکورہ بالا کو چھوڑ کر ایسے شخص پر ہوتا ہے جس نے آقا کے ساتھ خدمت یا شاگردی کا معاہدہ کیا ہو یا ایسے معاہدہ کے تحت کام کرنا ہو خواہ یہ کام دستی محنت کا کام ہو یا محرری کا کام ہو یا کسی اور قسم کا کام ہو۔

اور معاہدہ خواہ صریح ہو یا مضمر ہو۔ یا زبانی ہو یا تحریری"۔

یہ قانون اس امر کا بھی متقاضی ہے کہ جو اشخاص بعض مخصوص امراض میں مبتلا ہوں جو کہ ان کی ملازمت کی نوعیت کا نتیجہ ہوں، وہ معاوضہ کے ایسے ہی مستحق ہوں گے گویا کہ ان کو کسی حادثہ سے ذاتی طور پر تضرر پہنچا ہے۔ ان میں سے اہم تر امراض یہ ہیں: جمسرہ (anthrax)، سیسہ یا پارہ یا فاسفورس یا سنکھیا کا تسمم، سراجہ (glanders)، انکلوسٹومیاسس (ankylostomiasis)، مضغوط ہوا کا مرض (compressed air illness) کان کنوں کا جھکا ہوا ہاتھ (miners' bent hand) اور جھکا ہوا گھٹنا (bent knee)، رقص المقلہ (nystagmus)، محرر کا اعتقال (writer's cramp)، ٹیلیگرافسٹ کا اعتقال (telegraphists cramp)، التہاب جلد، جلد کا تقرح، یا منہ اور ناک کی غشاء مخاطی کا تقرح، جو گرد و غبار یا سیالات سے پیدا ہو۔ فیکٹری اور ورکشاپ کے ایکٹ (Factory and Workshop Act) کے ماتحت ایک تصدیق کنندہ سرجن مقرر کیا جاتا ہے۔ وہ کاریگران کے معاوضہ کے ایکٹ کے مطابق اس بات کا صداقتنامہ دیتا ہے کہ فلاں شخص ایک ایسے مرض میں مبتلا ہے جس پر اس ایکٹ کا اطلاق ہوتا ہے۔ اس ایکٹ کے ماتحت طبیبوں کو رفری (referee) بھی مقرر کیا جا سکتا ہے۔ اس وقت ان کا فریضہ مختلف طبی مسائل کی تحقیق کرنا یا ان کے متعلق اطلاع دینا ہوتا ہے۔ مثلاً اگر تصدیق کنندہ سرجن ناقابلیت کا صداقتنامہ دینے یا کسی کاریگر کو ملازمت سے معطل کرنے سے انکار کر دے اور آقا یا کاریگر اس وجہ سے ناخوش ہو کہ کاریگر مذکور فی الحقیقت مندرجۂ فہرست مرض میں مبتلا ہے تو اس معاملہ کے متعلق طبی رفری (referee) سے استصواب رائے کیا جاتا ہے جس کا فیصلہ قطعی ہوتا ہے۔ اگر کسی مثال میں آقا اور کاریگر طبی امتحان کے بعد کاریگر کی حالت یا قابلیت ملازمت کے متعلق اتفاق نہ کر سکیں اور فریقین عدالت سے درخواست کریں تو اس معاملہ کے متعلق رفری (referee) سے استصواب رائے کیا جا سکتا ہے۔ موخر الذکر شخص کاریگر کا امتحان کر کے اس کی حالت اور قابلیت ملازمت کے متعلق صداقت نامہ دیتا ہے۔ اور یہ صداقت نامہ اس معاملہ کے متعلق کہ

جس کی تصدیق کی جاتی ہے قطعی شہادت تصور کیا جاتا ہے۔ دیگر فرائض یہ ہیں: ثالثی کے دوران میں جو طبی سوالات پیدا ہوں ان کے متعلق اطلاع دینا اور اگر معاوضہ وصول کرنے والے اشخاص انگلستان سے باہر رہنا پسند کریں تو ان کی حالت کا معائنہ کر کے صداقت نامہ دینا۔ کیوں کہ ایسے اشخاص صرف اسی صورت میں معاوضہ کے مستحق ہوں گے کہ ان کی ناقابلیت کے منتقل ہونے کی تصدیق کر دی جائے۔ سب سے آخر یہ کہ ان مقدمات میں جن میں طبی نوعیت کی مشکلات پیش آتی ہیں کوئی بھی کونٹی عدالت (county court) کا جج طبی رفری (refree) کو اس غرض سے طلب کر سکتا ہے کہ جج کے ساتھ ملکر مددگار کا کام انجام دے۔

ایکٹ معاوضہ کارگیران بے حد مقدمہ بازی کا موجب ہوا ہے، بالخصوص لفظ "حادثہ" کی تعریف کے بارے میں اور "دوران ملازمت میں یا ملازمت سے واقع شدہ" الفاظ کی تشریح کے بارے میں اور اس پیچیدگی کے بارے میں جبکہ سابق الوجود مرض ہو یا ایسا مرض ہو جو حادثہ کے بعد ہوا لیکن حادثہ کی جانب منسوب کی جائے۔ اکثر اوقات ان فیصلہ جات میں نہایت دقیق نکات پر انحصار کیا گیا ہے۔ مذکورہ بالا مقدمات کی مثال پیش کرنا گمراہ کن ہوگا تاوقتیکہ دلائل کا کسی قدر شرح وبسط کے ساتھ حوالہ نہ دیا جائے۔ مندرجہ مقدمات اور فیصلہ جات کے لئے ان بیشمار خاص کتابوں میں سے جو اس موضوع پر لکھی ہوئی موجود ہیں چند ایک ملاحظہ کرنی چاہئیں۔

تمارض 152

(MALINGERING)

تمارض کے حقیقی معنی ہیں کسی منفعت کے حصول کے لئے یا محنت سے بچنے کی خاطر مرض یا قصور کا فریب آمیز بہانہ کرنا یا اس کے اظہار میں مبالغہ کرنا۔ اس

اصطلاح کا اطلاق بے پروائی کے ساتھ ایسے اشخاص کی جماعت پر بھی کیا جاتا ہے جو اگرچہ کسی تشویشناک نوعیت کے تضرر یا بیماری میں مبتلا نہیں ہوتے تاہم غیر شعوری طور پر اپنی علامات کے سمجھنے میں یہاں تک مبالغہ کرتے ہیں کہ ان کو یقین ہو جاتا ہے کہ ان کو از روئے انصاف معاوضتی یا عدالتی منفعت کا استحقاق ہے۔ یہ مسئلہ ایکٹ معاوضۂ کاریگراں ۱۹۰۶ء کے منظور ہونے پر اہم ہو گیا ہے۔ اور جب سے ایکٹ بیمہ قومی (National Insurance Act) کا ۱۹۱۲ء میں نفاذ عمل میں آیا ہے اس مسئلہ نے اور بھی نمایاں حیثیت حاصل کر لی ہے۔

ان لاتعداد دعاوی کے مقابلہ میں جو کہ متذکرہ صدر دو ایکٹوں کے ماتحت دائر کئے جاتے ہیں ایک حقیقی فریبی متمارض نسبتاً کمیاب ہے۔ لیکن اس موضوع کے متعلق کتب میں کہ جن کی تعداد اب بہت زیادہ ہو گئی ہے بہت سے فریب آمیز دعاوی بیان کئے گئے ہیں جن میں کئی ایسے ہیں جو نہایت پُرحکمت ہیں۔ چار قسم کے متمارض تسلیم کئے گئے ہیں (۱) وہ اشخاص جن کو کسی قسم کا مرض یا تضرر نہیں ہوتا۔ (۲) وہ اشخاص جو قصداً پیدا کئے ہوئے اضرار میں مبتلا ہوتے ہیں (۳) وہ اشخاص جو کسی پرانے مرض یا تضرر کو تازہ حادثہ کا نتیجہ بیان کرتے ہیں (۴) وہ اشخاص جو کسی غیر شدید نوعیت کے تضرر یا مرض میں مبتلا ہوتے ہیں اور جو قصداً اور از راہ فریب اپنی علامتوں کے اظہار میں مبالغہ کرتے ہیں۔

پہلے گروہ کی مثال میں ان اشخاص کا حوالہ دیا جا سکتا ہے جو یہ بیان کرتے ہیں کہ گرنے سے یا کسی اور حادثہ کے باعث ان کے جوڑ اکڑ گئے ہیں یا مشوہ ہو گئے ہیں اس کے لئے بسا اوقات گھٹنا منتخب کیا جاتا ہے۔ وہ شخص جو اس فریب کا مرتکب ہوتا ہے درد سے لنگڑاتا ہوا مطب میں داخل ہوتا ہے۔ جب جوڑ کا امتحان کیا جاتا ہے تو چلّاتا ہے۔ اور جب مفصل کو ایک مخصوص زاویہ سے زیادہ خم کرنے کی کوشش کی جاتی ہے تو اس فعل کی بزور مدافعت کرتا ہے۔ لاشعاعی امتحان سے کوئی مرضیاتی حالت دریافت نہیں ہوتی۔ بعض اوقات جبکہ وہ اس خیال میں ہو کہ اسے کوئی دیکھ نہیں رہا

باحتیاط نگرانی کرنے سے اس کے فریب کی قلعی کھل جاتی ہے ۔ جب امتحان ختم ہو چکتا ہے اور طبیب بظاہر اپنی یادداشت لکھنے میں مصروف ہوتا ہے یہ دیکھا جاتا ہے کہ اس شخص نے بوٹ پہننے کے لئے اپنے اس مفصل کو جو خم کرنیکی تمام مساعی کی مدافعت کرتا تھا بآسانی جھکا لیا ہے ۔ ایک اور حالت کہ جس کا بسا اوقات بہانہ کیا جاتا ہے پشت میں درد اور اکڑ ہے ۔ ان مثالوں میں مریض کو یہ کہنا چاہئے کہ وہ ٹھیک اس مقام کی طرف اشارہ کرے جہاں اسے درد محسوس ہوتا ہے امتحان کے اختتام پر یا مابعد امتحانات میں جب ان مقامات کے متعلق اسے از سر نو پوچھا جاتا ہے تو دردناک مقامات کا ایک مختلف گروہ بتایا جاتا ہے ۔ بعض اوقات برقی مورچہ کو فائدہ مندی سے استعمال کیا جا سکتا ہے ۔ کولی (Coffie) نے ایک آدمی کا واقعہ بیان کیا ہے جو ظہری (dorsal) خطہ کے چھونے پر درد کی آواز بلند شکایت کرتا تھا ۔ اس کو کہا گیا کہ جس مخصوص مرض میں وہ مبتلا ہے یہ اس کی امتیازی خصوصیت ہے کہ برقی مورچہ کوئی درد پیدا نہیں کرتا ۔ جب رو لگائی گئی تو اس نے بیان کیا کہ اسے کچھ محسوس نہیں ہوتا پھر جب رو کی طاقت بڑھائی گئی تو کچھ دیر تک اس نے اسے مردانگی کے ساتھ برداشت کیا لیکن بالآخر ایک چیخ مار کر مبہوط ہو گیا اور اس نے اقرار کر لیا کہ وہ دغابازی کر رہا تھا ۔ جیسا کہ جوارح کے جوڑوں کی صورت میں کیا جاتا ہے جب ایسے شخص کی نگرانی غفلت کی حالت میں کی جاتی ہے تو پشت میں درد کے فریب آمیز اظہار کی حقیقت کھل جاتی ہے ۔ اکثر اوقات ایسا ہوتا ہے کہ جونہی وہ اپنے پاجامہ کو اوپر کھینچنے کے لئے جھکتا ہے اس کی اکڑی ہوئی پشت فوراً سیدھی ہو جاتی ہے ۔

پاٹمور (Patmore) نے ایک واقعہ بیان کیا ہے جس میں امتحان سے بچنے کیلئے وسیع پیش بندیاں کی گئی تھیں ۔ ایک طبی طالب علم نے اپنی ٹانگ کو پلاسٹر آف پیرس (Plaster of Paris) میں مغلف کر کے متعدد بیمہ کمپنیوں پر دعویٰ کر دیا ۔ مختلف اطباء نے اس کو دیکھا لیکن اس غلاف سے کسی نے بھی تعرض نہ کیا ۔ اور فریب کی قلعی اس وقت کھلی جب کہ ایک طبیب کو شک گزرا اور اس نے پلاسٹر (plaster) اتروانے

پر اصرار کیا ۔[1]

153 بعض اوقات اشیاء غریبہ قارورہ میں ملا دیئے جاتے ہیں بارلے (Morley) ایک اصابت سے دو چار ہوا جس میں ایک شخص کے متعلق یہ فرض کیا گیا تھا کہ اس کے حوض کو تضرر پہنچا ہے ۔ جب وہ دار الشفا میں تھا تو اس وقت اس نے سیاہ رنگ کے قارورہ کے جو کہ خون آلود دکھائی دیتا تھا کئی ایک نمونے پیش کئے تاہم خردبین کے نیچے ایک جسیمہ بھی شناخت نہ ہو سکتا تھا اور قساطیر کے ذریعہ جو نمونے نکالے گئے وہ بالکل طبعی پائے گئے ۔ اس آدمی کو زیر مشاہدہ رکھنے پر معلوم ہوا کہ اس کے پاس زعفران کے دھاگوں کا ذخیرہ ہے جنہیں اس نے اپنے قارورہ میں ڈال لیا تھا ۔

ممکن ہے کہ حواس مخصوصہ کے امراض مثلاً جزئی یا مکمل عمی (blindness) یا صمم (deafness) کا بہانہ کیا جائے ۔ ایک شخص بیان کرتا ہے کہ وہ امتحانی ٹائپ (test-type) نہیں پڑھ سکتا ۔ جب اسے ایک ایسا شیشہ لگا دیا جاتا ہے جو وہ باور کرتا ہے کہ اس کے لئے مفید ہو گا تو دفعتہً اس کی بصارت بہتر ہو جاتی حالانکہ شیشہ سادہ (plain) ہوتا ہے ۔ ایک اور مثال میں ایک شخص یہ ظاہر کرتا تھا کہ وہ سیاہ زمین پر پڑی ہوئی سفید شے نہیں دیکھ سکتا ۔ لیکن سینہ کے امتحان کے بعد جب اس نے اپنی محافظ پن (safety-pin) جسے ڈاکٹر نے قصداً میز سے دھکیل کر فرش پر گرا دیا تھا مفقود پائی تو اس نے جھٹ جھک کر اسے اٹھا لیا ۔

تصنعی صمم شناخت کرنا مشکل ہے ۔ اگر یہ ایک کان تک محدود ہو تو کانوں میں باری باری ڈاٹ لگانے، سماعت کا امتحان کرنے اور پھر ڈاٹ نکال لینے سے ممکن ہے آدمی پریشان ہو جائے ۔ اور اس وقت جبکہ تندرست کان میں ڈاٹ لگا ہوا ہو اور سقیم کان خالی ہو یہ پایا جائے کہ اسے سنائی دیتا ہے

حقیقی تضررات جو دعاوی کو تقویت دینے کی غرض سے بالقصد

[1] Int. Congr. of Med., 1918.

لگائے جاتے ہیں ان کی مثال کے طور پر جلد کے ان تضررات کو پیش کیا جاسکتا ہے جو تیز ترشوں اور دیگر خراش آوروں کا نتیجہ ہوتے ہیں ۔ یہ تضررات بالعموم جسم کے سامنے کے حصہ پر پائے جاتے ہیں اور اگر شخص مذکور کو زیر مشاہدہ رکھا جائے تو اندمال میں بہت سے غیر طبعی امور اور تغیرات پائے جاتے ہیں جن کی وجہ سے ان کو معروف جلدی امراض سے تمیز کیا جاسکتا ہے ۔ نارمن واکر[1] (Norman Walker) نے ایک لڑکی کا واقعہ بیان کیا ہے کہ اس کے ہاتھوں اور بازوؤں پر لگاتار کئی ماہ تک ثورانات رہے ۔ یہ علاج سے ایک جگہ مندمل ہو جاتے تو دوسری جگہ پھوٹ پڑتے ۔ حتیٰ کہ انگلیوں کی پوری جلد کی مکمل طور پر تجدید ہو گئی ۔ فریب کا شک پڑنے پر لڑکی کو دارالشفا میں لے جا کر نگرانی میں رکھا گیا ۔ اس کے کپڑوں اور بستر کی کئی بار تلاشی لی گئی لیکن کوئی شے برآمد نہ ہوئی ، اور ثوران بدستور نکلتے رہے ۔ آخر کار اس کے رومال میں چھپی ہوئی ایک شیشی ملی جس میں کاربالک ترشہ تھا ۔ معلوم ہوا کہ وہ جب کبھی بستر سے اٹھتی تھی تو وہ شیشی کو رومال میں چھپا لیا کرتی تھی ۔ جب اس سے شیشی ہٹالی گئی تو ثوران بھی سرعت سے مندمل ہو گئے ۔ یہ واقعہ غالباً ہسٹیریکل (hysterical) نوعیت کا تھا ۔

بعض اوقات آنکھوں میں یہاں تک خراش پیدا کیجاتی ہے کہ التہاب قرنیہ (keratitis) یا شاید التہاب کل العین (panophthalmitis) پیدا ہو جاتا ہے ۔

پاؤں یا ہاتھ کی انگلیوں کی تجدید بھی شاذ نہیں ہے ایک انتہائی واقعہ ۱۹۰۵ء میں ویلز (Wales) میں ہوا تھا ۔ ایک شخص نے ریلوے کمپنی کے خلاف تضرر کے ہرجانہ کا دعویٰ کیا ۔ اس کا قصہ یہ تھا کہ جب وہ ٹرین (train) میں سفر کر رہا تھا ایک شدید جھٹکے نے اس کو دروازے کے آگے پھینک دیا ۔ دروازہ کھلا تھا لہٰذا وہ باہر جا گرا اور بے ہوش ہو گیا ، اور اس وقت ہوش میں آیا جب کہ ایک اور ٹرین اس کی ٹانگوں پر سے گزر گئی ۔ بعد میں ٹانگوں کو گھٹنے سے نیچے بتور کرنا پڑا ۔ کمپنی کی جانب سے یہ بیان دیا گیا کہ مدعی نے زمانہ ماضی میں

---

[1] Brit. Med. Journ., 1910.

متعدد اخبارات خریدے تھے جن میں بمبئی کو پن تھے ۔ بجز آنکھ پر ایک رگڑ کے تضرر کے ایسے نشانات بالکل موجود نہیں ہیں جو گرجانے کی جانب منسوب کئے جاسکیں، حالانکہ اس شخص کا وزن ۱۵ پتھر (stone) اور ٹرین ۲۸ میل فی گھنٹہ کی رفتار سے چل رہی تھی ۔ اس نے کئی شخصوں کو کہا تھا کہ اس نے خواب دیکھا ہے کہ اس کی دونوں ٹانگیں گھٹنے سے نیچے جاتی رہیں گی جس وقت وہ لائن پر پایا گیا تو حالیہ سبب بے ہوشی کے کوئی نشانات نظر نہیں آتے تھے ۔ اور یہ کہ جب ٹرین اس مقام سے جہاں کہ حادثہ کا واقع ہونا بیان کیا گیا ہے اگلے اسٹیشن پر پہنچی تو تمام دروازے اچھی طرح بند تھے فیصلہ کمپنی کے حق میں دیا گیا ۔

جن امراض کے متعلق فریب سے یہ بیان کیا جاتا ہے کہ یہ حادثہ کا نتیجہ 154
ہیں وہ اکثر اوقات ایسے امراض ہوتے ہیں جو کہ عضلوں یا مفصلات کو ماؤف کرتے ہیں مثلاً درد کمر (lumbago) دنقرسس، التہاب مفصل رثیت (rheumatism) لا شعاعی امتحان اکثر اوقات فیصلہ کرنے میں مدد دیتا ہے ۔ کنج ران میں بڑھے ہوئے غدد دیا گبّوں (buboes) کو بعض دفعہ زور لگانے (strain) کا نتیجہ بتایا جاتا ہے ۔

بعض اوقات انگلیوں یا ہاتھوں کے ان تضررات کو جو مفصلات میں کسی قدر اکڑ پیدا کر دیتے ہیں مبالغہ کر کے ظاہر کیا جاتا ہے اور کام کرنے کی قطعی ناقابلیت کا سبب بیان کیا جاتا ہے ۔ ان اصابتوں میں سے اکثر میں مالش یا مجہول حرکات کے ذریعہ مرض سے شفا ہو سکتی ہے یا مرض میں تخفیف ہو سکتی ہے لیکن مدعی علاج کروانے سے انکار کرتا ہے ۔ ایک اور قسم کا تضرر یہ ہے کہ کٹی ہوئی انگلی کے ٹنڈ میں کوئی عصب پھنس جاتا ہے جس کو دبانے سے درد ہوتا ہے اور اشیا کو ہاتھ نہیں لگایا جاسکتا ۔ ممکن ہے کہ ایک خفیف عملیہ سے یہ سب کچھ درست ہو جائے، لیکن تا وقتیکہ یہ ثابت نہ ہو جائے کہ عملیہ خطرے سے خالی ہے اور نقص کو دور کر دے گا عدالت اس پر اصرار نہیں کرتی ۔

بعض لوگ ایسے دعاوی پیش کرتے ہیں کہ جو حق بجانب نہیں ہوتے، تاہم وہ صحیح معنوں میں متمارض بھی نہیں ہوتے کیوں کہ وہ اپنے دعاوی کو سچا باور

کرتے ہیں۔ ایسے لوگوں کی جماعت زیادہ ہے اور قانونی عدالتوں کے روبرو آنے والے مقدمات میں ان ہی کی کثرت بھی ہوتی ہے۔ اس قسم کے ایک مثالی واقعہ میں کسی شخص کو حادثہ پیش آتا ہے۔ یہ خطرناک نوعیت کا نہیں ہوتا اور اس کے اثرات سے وہ معمولی حالات میں سرعت سے شفایاب ہو سکتا ہے۔ لیکن غیر مناسب ہمدردی اور ایسے کاریگروں کے تجربات سننا جو معاوضہ وصول کر چکے ہیں۔ اور اس کو بھی اسی طرح سے نفع پہنچنے کی توقعات، ان سب امور کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ اس کو حادثہ اور اسکے نتائج بڑے ہو کر نظر آتے ہیں۔ اس پر وہ دعوی کرتا ہے اور یہ دیکھکر متعجب ہوتا ہے کہ تضررات کو جس خطرناک نوعیت کا وہ سمجھتا ہے دوسرے ان کو ویسا نہیں سمجھتے۔ اور بے انصافی کے احساس کا اس کے ذہنی تاثرات میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کو ایسے اشخاص دعوی میں استقامت کا مشورہ دیں جو اس معاملہ میں بے غرض نہ ہوں۔ یہ مقدمات اکثر اوقات جوڑوں اور عضلوں اور پشت کے تضررات کے سلسلہ میں پیش ہوتے ہیں۔ ان مثالوں اور اس ہسٹریایزدہ (hysterical) یا ضعیف الاعصاب (neurasthenic) فرد کے درمیان جس کو فعلیاتی شلل اور عدم حسیت بھی ہو تمام مدارج پائے جاتے ہیں۔

ایک اہم ذیلی گروہ ان اشخاص پر مشتمل ہے جو حادثہ کی وجہ سے طبی امتحان کراتے ہیں۔ اور سابق الوجود مرض پہلی بار دریافت ہوتا ہے۔ مثلاً ایک شخص کی آنکھ میں تنکا پڑ جاتا ہے اور امتحان پر معلوم ہوتا ہے کہ وہ شیخوخی نزول الماء (senile cataræt) میں مبتلا ہے۔ زمانہ ماضی میں وہ اس مرض سے بالکل بے خبر تھا۔ کوئی بات اس کو یہ یقین نہیں دلا سکتی کہ یہ مرض مدت سے پیدا ہو رہا ہوگا اور حادثہ کا نتیجہ ہرگز نہیں ہے۔ بعض مثالوں میں عمومی شلل مجانین (general paralysis of the insane) ہزال ظہری (tabes dorsalis) اور انیوریزم (aneurism) دریافت ہوتے ہیں۔

155

باب ۱۸

طلاق طبّی قانونی نقطۂ نگاہ سے

ازدواج ایک معاہدہ کی حیثیت رکھتا ہے۔ لہٰذا اگر فریقین میں سے کوئی ایک فریق اس وقت جبکہ معاہدہ قرار پائے، معاہدہ کے متعلق اظہار رضامندی کا یا معاہدہ کے پورا کرنے کا اہل نہ ہو تو یہ معاہدہ قانونی طور پر واجب العمل نہیں ہوتا۔ طلاق کے متعلق دو سوال ہیں جو طبی قانون داں کے دائرہ بحث میں آتے ہیں۔ اولاً فتور العقل جو رضامندی میں مانع آتا ہے۔ یہ ایک دیوانی ناقابلیت ہے جو کہ ازدواج کو ناجائز کر دیتی ہے۔ ثانیاً نامردی یا مجامعت کی طبیعی ناقابلیت۔

جنون کا عذر، کسی مقدمہ میں ازدواج کالعدم کروانے کے لئے صرف اسی صورت میں پیش کیا جا سکتا ہے کہ یہ اختلال وقوع ازدواج کے وقت بھی موجود ہو۔ معاہدہ طے ہوتے کے وقت معاہدہ کن فریقین میں سے ایک فریق کا مجنون ہونا معاہدہ کو کالعدم کر دیتا ہے کیوں کہ مجنون شخص کا جنون اس کو معاہدہ کی شرائط کے متعلق عاقلانہ منظوری دینے کے ناقابل کر دیتا ہے۔ جنون اشتباہ کے بغیر شاذ ہی نمودار ہوتا ہے لیکن ممکن ہے کہ ذہن کچھ مدت پہلے سے ماؤف ہو، اور سابقہ کیفیت ایسی نمایاں نہ ہو کہ یہ ذہنی اختلال کا شک پیدا کرے اور دفعتہً نمایاں علامات پیدا ہو جائیں۔ ایسی مثالوں میں جب شادی ہوتی ہے تو بسا اوقات ذہنی مرض کی خوابیدہ کیفیت مستقل ہو کر حاد کیفیت میں بدل جاتی ہے۔ بعض مثالوں میں بیمار فریق کے دوست اور رشتہ دار اس شخص سے کہ جس سے معاہدہ طے ہوتا ہے مرض چھپا رکھتے ہیں، اس امید موہوم کیساتھ کہ جدید خانگی تعلقات سے یہ مرض دور ہو جائے گا۔ لیکن ہمیشہ اس کا نتیجہ سب متعلقین کے لئے رنج آور ثابت ہوتا ہے۔

جب فسخ نکاح کے لئے جنون کا عذر پیش کیا جاتا ہے تو بالعموم ماؤف ذہنی حالت وقوع ازدواج کے جلد بعد دیکھی جاتی ہے۔ ہنٹر بنام ایڈنی (Hunter v. Edney) کے مقدمہ میں بیوی نے تکمیل ازدواج سے انکار کر دیا۔ اس کی ذہنی حالت کی تحقیقات سے یہ معلوم ہوا کہ وہ مالیخولیا (melancholia) میں مبتلا ہے اور غالباً کچھ عرصہ سے مبتلا رہی ہے۔ ڈگری عطا کرتے ہوئے جج نے بتایا کہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ عورت احتیاطات کے تاثر سے آزاد ہو کر افعال کو سمجھنے سے قاصر ہے لہذا یہ ازدواج ایسا معاہدہ طے کرنے کی نا اہل ہے۔

عدالت طلاق کی کارروائی کے سلسلہ میں پیش کردہ عذر جنون نے ہنبری بنام ہنبری (Hanbury v. Hanbury) کے مقدمہ میں ایک نیا رخ اختیار کیا۔ بیوی نے خاوند کے خلاف اس کی زناکاری اور ظلم کی بنا پر بطلان ازدواج کے لئے نالش دائر کی۔ صفائی کی جانب سے یہ کہا گیا کہ جس وقت ان افعال کا جو کہ وجہ شکایت ہیں ارتکاب کیا گیا تو مستغیث الیہ جنون میں مبتلا تھا۔ صدر سر سی بٹ (Sir C. Butt) نے خلاصہ بیان کرتے ہوئے کہا۔ یہ استدلال پیش کیا گیا ہے کہ فسخ نکاح کے استغاثہ میں جنون ایک عذر ہے۔ مجھ سے یہ بعید ہے کہ اس امر پر زور دوں کہ جنون کسی حالت میں بھی عذر نہیں ہو سکتا۔ لیکن میرا خیال یہ ہے کہ اس عذر کو معقول قرار دینے کیلئے جنون کا مستقل ہونا ضروری ہے۔ شائد یہ عذر اس صورت میں معقول ہو سکتا ہے کہ کسی شخص کا جنون ایسا ہو کہ اس کو دار المجانین میں رکھنے کی ضرورت ہو اور اس بنا پر کہ اس مرض سے صحتیابی یا افاقہ کی توقع نہیں شخص مذکور کے دار المجانین سے نکلنے کی توقع نہ ہو۔ مذکورہ بالا مقدمے میں یک مشروط (nisi) ڈگری عطا کی گئی جس سے معلوم ہوتا ہے کہ جنون کو عدم مسئولیت کے لئے جائز عذر قرار دیا جا سکتا ہے۔ متذکرہ صدر مقدمہ میں سوال کا فیصلہ نہ ہوا کیونکہ مستغیث کثرت سے شراب پیا کرتا تھا اور یہ امر جیوری کے نزدیک وقوع ثابت ہوا۔ جہاں 156
تک جنون کے متعلق ایک نظیر حاصل ہونے کا تعلق ہے تنقیح طلب امر خلط ملط ہو گیا۔

اس امر کے لئے کہ صنفی مجامعت کی انجام دہی میں حصہ لینے کی عدم قابلیت

عدالت کی نگاہ میں فسخ کی ڈگری کی بنیاد متصور ہو، یہ ثابت ہونا ضروری ہے کہ نقص وقت از دواج بھی موجود تھا اور یہ کہ یہ مستقل نوعیت کا ہے۔ یہ ضروری نہیں کہ بد شکلی ایسی نوعیت کی ہو کہ وہ مجامعت میں قطعی طور پر مانع ہو۔ اگر اس سے جزئی رکاوٹ بھی پیدا ہوتی ہو تو بھی اسے فسخ کے استغاثہ کی بنیاد قرار دیا جا سکتا ہے۔ عدم قابلیت مستقل ہونی چاہئے۔ اگر شفا کا امکان ہو تو خواہ یہ کیسا ہی انتہائی طور پر غیر اغلب کیوں نہ ہو، اس کو انکارِ ڈگری کے لئے کافی حجت قرار دیا جا سکتا ہے۔ لیکن اگر شفا حاصل کرنے کے لئے عملیہ کرنا زندگی کے لئے سخت خطرناک ہو، تو ایسی بد شکلی ناقابل علاج تصور کی جاتی ہے۔ اگر یہ رکاوٹ بوقتِ شادی موجود نہ ہو اور بعد میں نمودار ہو گئی ہو، تو اسے فسخ کے لئے بنیاد قرار نہیں دیا جا سکتا۔

جن مثالوں میں کوئی ظاہرا طبی نقص موجود نہیں ہوتا ان میں یہ تحقیق کرنے کے لئے کہ کس کا قصور ہے، تین سال کی مدت تک یکجا رہنا ضروری ہے۔ لیکن یہ قاعدہ غیر متغیر نہیں ہے۔ اگر عدالت یہ سمجھے کہ دقت مستقل نوعیت کی نہیں ہے اور یہ کہ اس کے ارتفاع کے لئے کافی وقت گزر چکا ہے تو جلد تر ڈگری عطا کی جا سکتی ہے۔ ایک مثال میں ایک بظاہر قطعی طبی صداقتنامہ کی بنا پر کہ یہ نامردی مستقل ثابت ہو گی، بطلان کا فیصلہ صرف تین ماہ کی یکجائی کے بعد ہی دے دیا گیا۔ اگر خاوند یا بیوی کی ناقابلیت، مرئی اور ناقابل علاج نوعیت کی ہو جو فوراً دریافت ہو سکے، تو یہ سہ سالہ یکجائی ضروری قرار نہیں دی جاتی۔

از دواجی مجامعت سے عمداً انکار کرنا ڈگری حاصل کرنے کے لئے ناکافی ہے۔ تاہم بیوی کا مستقل طور پر مدافعت کرنا ڈگری کے حصول کیلئے کافی تصور کیا گیا ہے۔ ایک بیوی کو خاوند کے مجامعت کی کوشش کرنے پر ہسٹیریا (hysteria) کے متواتر حملے ہوتے تھے۔ اس امر کو تین سال کی یکجائی کے بعد کہ جس میں خلوت صحیحہ نہیں ہوئی مشروط ڈگری کے لئے کافی وجہ تصور کیا گیا۔

نامردی کسی شادی کو فسخ نہیں کرتی، بلکہ اسکو صرف قابل فسخ بناتی ہے یعنی

سنِ رسیدہ شخص کو فعالانہ کارروائی کرنے اور ڈگری (decrce) کے لئے نالش کرنے کا حقدار بناتی ہے۔ اگر کافی وجوہات موجود رہی ہوں، مثلاً مجامعت میں کوئی مطلق طبعی رکاوٹ رہی ہو، اور شادی کے بعد خلوت صحیحہ نہ ہوئی ہو، اور خاوند اور بیوی کے دوران حیات میں کوئی کارروائی نہ کی گئی ہو، اور پھر ان میں سے ایک مرجائے، تو ان کی شادی کو کالعدم قرار نہیں دیا جاسکتا۔ اس طرح شادی کو کالعدم کرانے کی کوشش کیجا چکی ہے چنانچہ ایک خاوند کی بیوی بغیر وصیت کئے مرگئی۔ خاوند کو ان منقولات سے جو اس کو بیوی کے مرنے پر پہنچتی تھیں محروم کرنے کے لئے اور بیوی کی جائداد کو حاصل کرنے کے لئے، قریب ترین رشتہ دار نے دعوٰی کر دیا۔

نامردی کی بنا پر فسخ نکاح کی درخواست کرنے والے کو یہ ثابت کرنا ضروری ہے کہ شادی کے بعد خلوت صحیحہ نہیں ہوئی۔ مطلوبہ شہادت مستغیث الیہ کے تناسلی اعضا کے طبی امتحان سے حاصل ہوتی ہے، جیسے عدالت کے مقرر کردہ دو طبی ممتحن انجام دیتے ہیں۔ خاوند اور بیوی ان دونوں طبی اشخاص کا انتخاب مشترکہ طور پر کر سکتے ہیں۔ اگر وہ ان کے متعلق باہم متفق نہ ہوں، تو دونوں اپنا اپنا طبیب نامزد کر سکتے ہیں۔ پھر درخواست کنندہ عدالت سے استدعا کرتا ہے کہ ان طبی اشخاص کو جو منتخب کئے گئے ہیں ممتحن مقرر کیا جائے، اور ساتھ ہی یہ بھی استدعا کرتا ہے کہ مستغیث الیہ امتحان کروانا منظور کرے۔ طبی ممتحنوں کے تقرر کے بعد ان دونوں کو مندرجہ ذیل حلف دیجاتی ہے۔ یہ حلف ان فرائض کی کہ جنکی بجا آوری کا ان سے مطالبہ کیا جاتا ہے، کافی وضاحت کرتی ہے۔

عدالت عالیہ میں صیغہ بحری، وطلاق، ووصایا (طلاق)

ا ب، ج، د، ڈاکٹرز آف میڈیسن (Doctors of Medicine)

ایک مقدمہ میں جو عدالت عالیہ کے صیغہ وصایا وطلاق و بحری (طلاق) میں زیر سماعت ہے، موسومہ بہ ..... جو غلط طور پہ ..... بنام ..... کہلاتا ہے، تم کو بطور ممتحنوں کے ..... کے، جو اس مقدمہ میں مدعی ہے اور ..... کے جو غلط طور پر ..... کہلاتا ہے اور اس مقدمہ میں مستغیث الیہ ہے، 157
تناسلی اعضا اور حصص کا معائنہ کرنے کے لئے مقرر کیا جاتا ہے۔

تم فرداً فرداً حلف اٹھاتے ہو کہ تم ایمانداری سے اور اپنی زیادہ سے زیادہ ہنر مندی کو کام میں لاتے ہوئے .... اور .... دونوں کے تناسلی اعضا اور حصص کا معائنہ کرو گے۔ متذکرہ بالا صیغہ کے رائٹ آنریبل (Right Honourable) صدر کو ایک سچی اور منصفانہ تحریری اطلاع دو گے کہ آیا .... موصوف (درخواست کنندہ) فعل مجامعت انجام دینے کے قابل ہے۔ اگر نا قابل ہے، تو آیا اس کی نا قابلیت کا علاج فن یا ہنر مندی سے ہو سکتا ہے۔ نیز آیا .... موصوف باکرہ ہے یا نہیں اور اس کو کوئی رکاوٹ تو نہیں جو خلوت صحیحہ میں مانع ہو۔ اور تم میں سے ایک طبیب اس روئداد کو کہ جس پر تمہارے دستخط اور مہر ثبت ہوں اور جو احتیاط سے سربمہر کی گئی ہو، صیغہ بالا کے مسجلین میں سے کسی ایک کے سپرد کر دے۔

عدالت عالیہ کے صیغہ وصایا و طلاق اور بحری کے سب سے
بڑے دفتر تسجیل میں آج بتاریخ ۱۹
میرے روبرو حلف اٹھائی گئی۔　　} طبی ممتحنوں کے دستخط
مسجل

عدم قابلیت کے سوال کے متعلق شہادت اس صورت میں بھی لیجا سکتی ہے کہ کسی فریق کے شخصی معائنہ کا حکم حاصل کرنے کے لئے کوئی درخواست نہ بھی دی گئی ہو۔

باب ۱۹

اس موت کے اسالیب جو زیادہ تر اختناق کا نتیجہ ہو۔

پھانسی

پھانسی سے موت اس طرح واقع ہوتی ہے کہ گردن کے گرد ڈوری یا

کوئی دیگر بندش ڈالکر اس کے ذریعہ جسم کو کلی یا جزئی طور پر لٹکایا جاتا ہے یہاں تک کہ زندگی ختم ہو جاتی ہے۔ یہ ضروری نہیں ہے کہ جسم استادہ وضع میں ہی ہو یا زمین یا کسی دیگر سہارے پر ٹکا ہوا نہ رہے۔ چنانچہ آئندہ چلکر یہ ثابت کیا جائے گا کہ بندش پر خفیف ترین تناؤ مثلاً ایسا جیسا کہ جزئی آویزش پیدا کر دیتی ہے، موت واقع کرنے کے لئے کافی ہے۔ اگر عدالتی پھانسی سے قطع نظر کیا جائے، تو بعد الموت مناظر، اختناق سے واقع شدہ موت کے ہوتے ہیں، اور اس کے ساتھ اس امر کی کہ کس انداز سے اختناق پیدا کیا گیا ہے علامات پائی جاتی ہیں۔

پھانسی سے واقع شدہ موت کی نہایت ہی کثیر التعداد مثالوں میں بندش گردن کے گرد غضروف درقیہ سے بالاتر ہوتی ہے۔ جب پھندا ابتداءً اس سے نیچے واقع ہوتا ہے تو بھی ابتدا میں یہ اسقدر کسا ہوا نہیں ہوتا، لہذا جسم کا وزن، گردن کو پھندے میں سے تا بحد امکان کھینچ لیتا ہے۔ مشکا[۵۱] (Maschka) نے ۱۵۳ واقعات کا مشاہدہ کیا۔ ان میں سے ۱۴۹ میں بندش غضروف درقیہ سے بالاتر، ایک میں غضروف درقیہ پر، اور ۳ میں اس سے نیچے تھی۔ جب بندش غضروف درقیہ سے بالاتر ہو تو خفیف تضییقی قوت ہوائی گذرگاہوں کو مسدود کر دینے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ لینگروٹر[۵۲] (Lengreuter) نے ہوائی گذرگاہیں بند ہونے کے میکانیہ کی لاش پر اس طرح تفتیش کی کہ جمجمہ اور دماغ کو معمولی طریق سے جدا کیا، اور جمجمہ کے قاعدہ کو اس طرح سے کاٹا کہ حنجری بلعومی حنطہ نظر کے سامنے آگیا۔ ان تجارب کے موضوع قدرتی اسباب سے مرے تھے، اور تخنیق سے واقع شدہ موت کی مثالیں نہ تھے۔ ایک ڈوری جو غضروف درقیہ اور لامی (hyoid) ہڈی کے درمیان ڈالی گئی، اوپر زیریں جبڑے کے زاویہ کے نیچے چلی گئی۔ جسم کو محور طویل کی سمت میں معتدل جر کرنے سے جیسا کہ پھانسی میں کیا جاتا ہے، ملب دھکیل کر بلعوم کی پشت کے ساتھ 158
لگ گیا۔ بعدہٗ اس سے قوی تر جر عمل میں لانے سے زبان کا قاعدہ بھی دھکیل کر

Handbuch, Bd. 3 ۵۲ Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1886. ۵۱

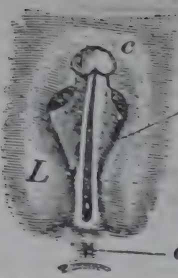


Fig. 11.

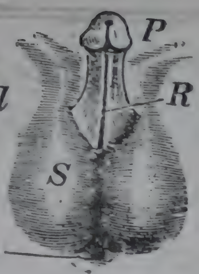


Fig. 12.



Fig. 13. Human Spermatozoa.

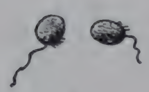


Fig. 14. Trichomonas Vaginæ.

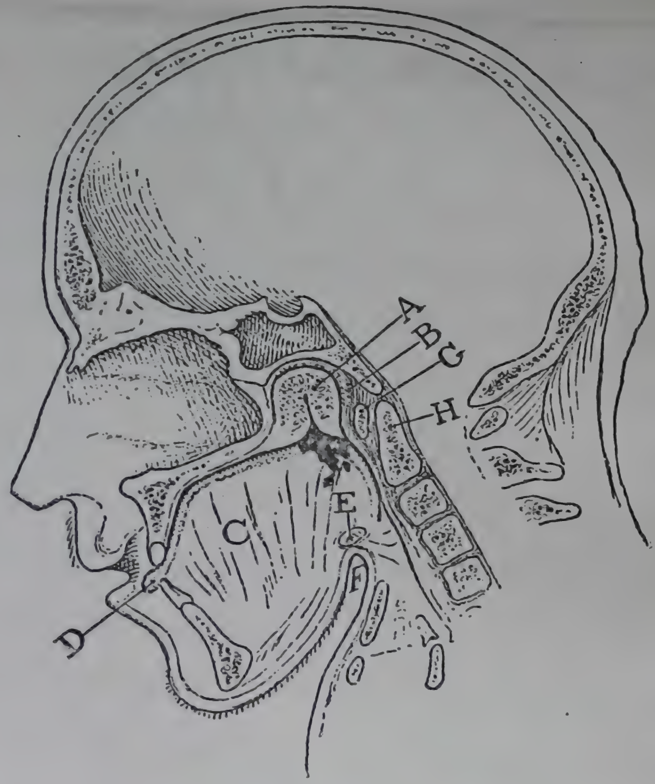


Fig 15.—A, soft palate; B, wall of the pharynx; C, tongue; D, tip of the tongue pressed between the teeth; E, body of the hyoid bone; F, groove made by the rope; G, anterior portion of the atlas; H, odontoid process of the axis.



Fig. 16.

ساتھ لگ گیا، اور مکب کا آزاد سرا زبان کے قاعدے اور خلفی بلعومی دیوار کے درمیان بھنچ گیا۔ ہوائی گذرگاہوں کو کلیتہً مسدود کرنے کے لئے صرف معتدل قوت کی ضرورت ہوئی جب ڈوری کو غضروف درقیہ سے نیچے کر کے پایا سپر اتفاقاً ڈالا گیا اور مثل سابق جبر عمل میں لایا گیا تو ڈوری غضروف سے بالاتر کھسک گئی۔ جب ہاتھ کے ذریعہ ڈوری کو غضروف پر تھام کر رکھا جاتا تھا تو مضیق واسطے کو بڑے زور کے ساتھ اوپر اور پیچھے کی جانب کھینچنے کے باوجود احبال الصوت پوری طرح سے نزدیک نہیں آتے تھے۔ جسم کو لٹکانے پر ڈوری فوراً سرک کر زیریں جبڑے کے بالکل نیچے چلی جاتی تھی۔ اوپر کی طرف سے دیکھنے پر زبان اوپر اور پیچھے کی جانب ہٹی ہوئی اور جمجمہ کے قاعدہ کے فتحہ میں دھنسی ہوئی دکھائی دیتی تھی۔ اکثر تجارب کو ایک لپٹے ہوئے رومال کے ذریعہ دوبارہ کیا گیا۔ اس کے نتائج حسب سابق تھے لیکن زیادہ قوت کا استعمال کرنا پڑا۔ ایکر[1] (Ecker) نے انہی نتائج کا مظاہرہ ایک شخص کی لاش پر کیا ہے جو موسم سرما میں ایک درخت سے لٹکا ہوا پایا گیا، اور سردی سے جم کر اس قدر سخت ہو گیا تھا کہ اسے چیر کر بآسانی انتصابی تراشیں بنائی جا سکتی تھیں۔ منہ کے فرش کے پچھلے حصے کی نرم ساختیں دوہری ہو کر بلعوم کے کہفہ میں اس طرح پڑی ہوئی تھیں کہ انفی بلعومی گذرگاہ ساری کی ساری بھری ہوئی اور محو شدہ تھی۔ جو کچھ کہ پایا گیا تصویر نمبر 15 سے ٹھیک ٹھیک ظاہر ہوتا ہے۔

جب پھانسی لگنے سے ہوائی گذرگاہیں پوری طرح مسدود ہو جاتی ہیں، تو
موت بیشتر اختناق کا نتیجہ ہوتی ہے۔ لیکن ایک اور عامل بھی قابل غور ہے، 159
یعنی گردن کے بڑے بڑے عروق دموی کا انضغاط۔ اس سے جو نتائج پیدا ہوتے ہیں بلحاظ اہمیت کے اختناق کے نتائج کے ہم پلہ ہوتے ہیں، بلکہ ان سے بھی سبقت لے جاتے ہیں۔ عروق کا انضغاط بہر حال واقع ہوتا ہے، اور اگر ہوائی گذرگاہ کامل طور پر مسدود نہ ہو، تو موت کا بڑا سبب، درون جمجمی دوران خون کا انقطاع ہوتا ہے۔ جب موت گردن کے بڑے عروق کے مضغوط ہو جانے کی وجہ سے

---

[1] Virchow's Arch., 1870.

دماغ میں شروع ہوتی ہے، تو یہ اتنا درون جمجمی دباؤ کی افراط سے واقع نہیں ہوتی، جتنا کہ دماغی دورانِ خون کی رکاوٹ سے ہوتی ہے۔ ایسا بہت شاذ و نادر ہوتا ہے کہ دماغی نزف واقع ہو۔ اس اسلوب موت کی مثال ایک نہایت ہی استثنائی واردات ہے، جیسے رائن بوتھ[ا] (Reineboth) نے درج کیا ہے۔ ایک آدمی پر گلے کے مرض خبیث کی وجہ سے قصبہ شگافی (tracheotomy) عمل میں لائی گئی۔ اس کے تقریباً دو ماہ بعد اس نے اس حالت میں پھانسی لے لی کہ قنولچہ اس کی قصبۃ الریہ میں تھا۔ ڈوری کا پھندا گردن کے گرد قنولچہ سے اوپر کر کے لپٹا ہوا تھا، گویا پھیپھڑوں کو جانے والا ہوائی راستہ بالکل کھلا تھا۔ امتحان لاش (necropsy) پر دماغ کے قاعدہ، اور جسر (pons) اور لُب (medulla) کے جرم کی شریانیں خون سے محتقن پائی گئیں۔ باقی ماندہ دماغی جرم اور ام حنونہ (pia) کے عروق میں بہت کم خون موجود تھا۔ سینہ میں کوئی زیر پلوری کدم (ecchymosis) یا اختناق کی دیگر علامات نہ تھیں۔ اگر ہوائی راستہ مسدود نہ ہو یا محض جزئی طور پر ہی مسدود ہو، تو موت واقع ہونے میں اس سے زیادہ عرصہ لگتا ہے، کہ جتنا تنفس کامل طور پر رک جانے کی صورت میں لگتا ہے، اور یہ بات کتّے میں تجربتاً بھی ثابت کی گئی ہے۔ اس جانور کو قصبۃ الریہ کے زیرین حصہ میں سوراخ کر کے گردن سے رسی کے ذریعہ لٹکا دیا گیا، اور پھندا سوراخ سے بالاتر رکھا گیا۔ موت واقع کرنے کے لئے معمولی پھانسی کی بہ نسبت زیادہ طویل عرصہ درکار ہوا، اور بعد الموت امارات بھی مختلف تھیں۔

زمانۂ ماضی میں اس سوال کو کہ پھانسی سے واقع شدہ موت کے سبب قریبہ کی حیثیت سے "خالص اختناق کا" اور نیز اس حالت کا جو کہ "سکتہ" کہلاتی ہے، الگ الگ کیا اثر ہوتا ہے، بہت اہمیت دی جاتی تھی۔ اس کی وجہ یہ تھی کہ دماغ اور پھیپھڑوں کے پیش کردہ بعد الموت مناظر غیر مستمر ہوتے تھے۔ بعض دفعہ دماغ، بعض دفعہ پھیپھڑے، اور بعض دفعہ یہ دونوں خون سے محتقن پائے جاتے تھے۔ یہ سمجھا گیا کہ اگر موت اختناق کا نتیجہ ہوتی، تو بعد الموت امارات ضرور غیر اختلاف پذیر

ا. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1895,

ہوتیں ۔ چونکہ وہ غیر اختلاف پذیر نہیں پائی گئیں لہذا تناقض کی توجیہہ کرنے کیلئے مفروضات گھڑ لئے گئے ۔ یہ فرض کیا گیا کہ پھانسی سے موت دو جداگانہ طریقوں پر واقع ہو سکتی ہے ۔ خالص اختناق سے، اور بغیر اختناق کے سکتہ سے ۔ اس امر کے پیش نظر کہ پھانسی سے واقع شدہ اموات کی ایک بڑی تعداد میں پھیپھڑے اور دماغ دونوں بیش دموی ہوتے تھے، بعد الموتی کیفیت کے موافق حال، موت کے دو ممزوج اسباب بیان کئے جاتے تھے ۔ ان نظریات کا نتیجہ یہ تھا کہ موت کے دو بہت ہی قریبی طور پر متشابہ اسالیب سے جو الگ الگ بعد الموت مناظر پیدا ہوتے تھے ان کو بسا اوقات ایسا تصور کیا جاتا تھا گویا وہ جداگانہ اور متمیز اسباب کا نتیجہ ہیں، اور ان غیر متشابہ نتائج کی پیدائش کے لئے بیرونی حالات کا مختلف ہونا ایک ضروری عامل قرار دیا جاتا تھا۔

بایں ہمہ تجارب سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ اختناق سے پیدا شدہ موت کی امارات کا بمقابلہ ان امارات کے جو درون جسمی دوران خون کے اختلال کی علامت ہیں، غالب ہونا یا اس کے بالعکس ہونا بندش سے الگ الگ ہوائی اور دموی مجریات پر پڑنے والے دباؤ کے درجہ کی اختلاف پذیری ہی پر منحصر نہیں ہے بجنسہ ایک جیسے بیرونی حالات ایک مثال میں تو پھیپھڑوں میں خون کی افراط پیدا کرتے ہیں اور دماغ میں پیدا نہیں کرتے، اور دوسری مثال میں دماغ میں خون کی افراط پیدا کرتے ہیں اور پھیپھڑوں میں نہیں پیدا کرتے۔ غالباً ہوائی گذرگاہیں مسدود ہونے کے لمحہ پر انتفاخ کے لحاظ سے پھیپھڑوں کی جو کیفیت ہوتی ہے، وہ دماغ اور پھیپھڑوں کی اضافی بیش دمویت پر بہت کچھ اثر رکھتی ہے ۔ بعض تجربات جو پٹنکو[1] (Patenko) نے کئے ہیں، وہ بھی یہی ثابت کرنے کی جانب رجحان رکھتے ہیں ۔ متعدد کتوں کو بعض کو شہیق کامل کے خاتمہ پر اور بعض کو زفیر کامل کے خاتمہ پر پھانسی دی گئی اور موت کے بعد مختلف اندرونی اعضا میں توزیع خون ملاحظہ کی گئی ۔ جن کتوں کو شہیق 60
کامل کے خاتمہ پر پھانسی دی گئی تھی، ان کے پھیپھڑوں میں تو کچھ خون نہ تھا، اور تجربہ کے

[1] Annale's d'Hygiene, 1885.